

Université de Montréal

**L'influence des rapports de genre sur la prise de décision concernant la
pratique contraceptive dans le couple marié au Sénégal**

par

Mariam Ben Aya

École de service social

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures

en vue de l'obtention du grade de Maître es Sciences

en Service Social

Avril 2003

©, Mariam Ben Aya, 2003



HV

13

U54

2004

v.001

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

**L'influence des rapports de genre sur la prise de décision concernant la
pratique contraceptive dans le couple marié au Sénégal**

Présenté par:

Mariam Ben Aya

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Gisèle Legault

Président-rapporteur

Danielle Fournier

Directrice de recherche

Christine Corbeil

Membre du jury

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à remercier vivement:

- Ma directrice de mémoire, Madame Danielle Fournier, pour son encadrement, ses précieux conseils, sa grande patience, et son humanisme touchant. Ce fut pour moi un plaisir de travailler sous sa direction;
- L'ACDI qui m'a offert une bourse d'études dans le cadre du Programme Canadien de Bourses de la Francophonie et m'a ainsi permis de venir au Québec pour faire cette maîtrise;
- Le personnel médical du Centre de Planification Familiale de la Médina pour son soutien et son implication dans ma recherche de sujets volontaires;
- Les personnes ressources et chefs traditionnels de la Médina grâce à qui, j'ai pu accéder aux chaleureuses familles du quartier. Je les remercie aussi d'avoir gracieusement mis à ma disposition les salles communautaires où se sont tenus les *focus groups*;
- Tous les répondants et répondantes qui ont bien voulu faire partie de l'étude et qui m'ont accordé beaucoup de leur temps. Sans vous, cette étude n'aurait pu être réalisée;
- Mes amis qui m'ont généreusement soutenue et accompagnée tout le long de ce séjour d'études à Montréal. Vous avez su être pour moi bien plus qu'une famille, sachez que je vous en suis profondément reconnaissante et que je ne vous oublierai jamais;
- Mes adorables parents restés au Sénégal et à qui je dois tout, ainsi que mes frères et sœurs bien aimés.

RÉSUMÉ

Ce mémoire analyse l'influence des rapports de genre sur le processus de prise de décision concernant la pratique contraceptive moderne dans le couple marié au Sénégal. Il utilise des données qualitatives collectées à la Médina, un quartier semi-moderne de la ville de Dakar. Au total vingt entrevues individuelles semi-structurées ont été conduites auprès de dix femmes mariées et auprès de leurs conjoints, suivis de deux discussions de groupe (*focus groups*) avec les hommes et les femmes séparément. Il se dégage de cette étude que les rapports de genre exercent effectivement une influence sur la prise de décision concernant le recours à la contraception. Pour pouvoir recourir à contraception, toutes les femmes interviewées ont dû d'abord contourner ou remettre en cause l'autorité de leur conjoint, soit de manière frontale, soit de manière plus subtile évitant une confrontation avec le conjoint. Cette remise en cause de l'autorité masculine a été rendue possible par la précarité économique qui s'est traduite par les difficultés de l'époux à assumer son rôle traditionnel de pourvoyeur du ménage et par le renforcement du rôle économique de la femme dans la survie du ménage. La remise en cause de l'autorité masculine n'est cependant pas définitive et ne serait en réalité que partielle car presque toutes les femmes continuent à reconnaître le devoir de soumission à leur conjoint qui leur a été inculquée lors de leur socialisation.

Mots clés: Genre - Prise de décision – Contraception – Sénégal

ABSTRACT

This dissertation analyses the impact of gender relations on the decision-making process regarding the use of modern contraception for married couples in Senegal. We use detailed qualitative data gathered in Medina, a semi-urban area in Dakar. Overall we conducted twenty in-depth semi-structured interviews with ten women and with their husbands along with two focus group discussions with husbands and wives separately. Our main finding points to a substantial impact of the gender relations on the decision-making process regarding the use of modern contraception. Virtually all women needed first to challenge their husband's authority before resorting to contraception. They did so either by encountering a conflict or in a more consensual way that avoided direct confrontation with the husband. In both cases, challenging men's authority was possible mainly because of the economic plight that results into a) the derivation of men's economic power and b) the relatively new phenomenon of women participating in the household economy. However these changes did not yield a more egalitarian gender relation between the couple in many other respects since nearly all women still grant their husband the right to exert power and this stems from the ingrained social and cultural norms that dictate men's powerful position.

Keywords: Gender – Decision-making – Contraception – Senegal

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
RÉSUMÉ.....	II
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	V
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS.....	3
1.1 PROBLÉMATIQUE	3
1.2 RECENSION DES ÉCRITS.....	10
1.3 OBJECTIFS.....	16
1.3.1 <i>Objectif général de la recherche</i>	16
1.3.2 <i>Objectifs spécifiques de la recherche</i>	16
CHAPITRE 2. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE.....	18
2.1 CADRE CONCEPTUEL.....	18
2.1.1 <i>La notion de rapports de genre</i>	18
2.1.2 <i>Le processus de prise de décision</i>	19
2.1.3 <i>La pratique contraceptive</i>	19
2.1.4 <i>La socialisation</i>	20
2.2 MÉTHODOLOGIE.....	21
2.2.1 <i>La méthode de recherche</i>	21
2.2.2 <i>La population d'enquête</i>	23
2.2.3 <i>L'échantillonnage</i>	24
2.2.4 <i>La méthode de collecte de données</i>	29
CHAPITRE 3. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES, INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	31
3.1 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	31
3.1.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques des répondant(e)s</i>	31
3.1.2 <i>Formation du couple et vie reproductive</i>	43
3.1.3 <i>Le processus de prise de décision dans le couple</i>	50
3.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	56
CONCLUSION GÉNÉRALE	59
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXE 1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	VI
ANNEXE 2. THÈMES ABORDÉS DANS LE GUIDE D'ENTRETIEN ET LE <i>FOCUS GROUP</i>	VIII
ANNEXE 3. CARTE DU SÉNÉGAL.....	IX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.: Répartition des couples interrogés selon certaines caractéristiques sociodémographiques

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACDI:	Agence Canadienne de Développement International
BFEM:	Brevet de Fin d'Études Moyennes
CIPD:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DIU:	Dispositif Intra-Utérin
EDS:	Enquête Démographique et de Santé
ESIS:	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
FNUAP:	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
PF:	Planification Familiale
SR:	Santé Reproductive
UNIFEM:	Fond des Nations Unies pour le Développement des Femmes

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Sénégal est un pays situé à l'extrême de l'Afrique de l'Ouest. Cette ancienne colonie française a acquis son indépendance en 1960. Il couvre une superficie totale de 196.722 km². Le Sénégal comprend dix régions administratives subdivisées en départements, arrondissements, communes, communes d'arrondissement, communautés rurales et villages. Son économie qui repose essentiellement sur le secteur primaire, notamment sur l'agriculture sous pluie, est confrontée depuis une vingtaine d'années à de graves problèmes de sécheresse et de désertification. Depuis, ce pays a mis en place une politique d'austérité accompagnée de réformes structurelles et sectorielles dont les conséquences se font ressentir notamment dans les programmes sociaux. Malgré ces difficultés, la prise en compte des questions de population dans ses programmes de développement est demeurée un souci majeur du Gouvernement. Le Sénégal a donné une priorité à la mise en oeuvre de programmes de population dont le but est l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, l'égalité et l'équité entre les sexes. D'importants progrès ont été réalisés grâce à l'intégration des services de planification familiale (PF) dans les activités de santé maternelle et infantile. Cependant, la prévalence contraceptive des méthodes modernes reste encore faible: 7,1% pour l'ensemble des femmes en âge de procréer (ESIS 1999) alors que l'objectif qui était visé en 2002 était de 16%. Cela s'explique en partie par la non-implication des hommes à la PF qui tient à des obstacles socioculturels et à certaines dispositions législatives et réglementaires qui ne favorisent pas les services de distribution à base communautaires de contraceptifs.

Le présent travail voudrait effectivement analyser l'influence des obstacles socioculturels sur la prise de décision concernant la contraception dans le couple marié. Ainsi, il est structuré comme suit: le premier chapitre est consacré à la problématique, la recension des écrits et à l'exposé des objectifs. Le chapitre 2 traite du cadre conceptuel et de la méthodologie. Quant au chapitre 3, il porte sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats. Et enfin, une conclusion générale est présentée à la suite de ce chapitre.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

1.1 PROBLÉMATIQUE

Partout dans le monde, la problématique de la santé des femmes demeure l'une des plus grandes préoccupations et suscite encore de nombreux débats. La particularité de la situation socio-économique des femmes dans les pays en voie de développement comme le Sénégal fait que ces dernières sont davantage confrontées à des problèmes liés à leur santé et plus précisément à leur santé reproductive (SR). Selon le plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994,

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé » (http://www.unfpa.org/french/icpd/icpd_poa.htm).

C'est en 1974, lors de la Conférence Mondiale sur la Population tenue à Bucarest que la santé reproductive était officiellement acceptée pour la première fois, comme faisant partie des droits humains pour l'individu et les couples. Avant cette période, on parlait plutôt de « planification familiale » qui, bien plus tard, sera

reconnue comme étant l'une des composantes de la santé sexuelle des individus. Si bien qu'aujourd'hui, il y a une très forte tendance à parler de « santé de la reproduction » ou de « santé reproductive ». Le concept de santé de la reproduction a l'avantage de désigner une réalité beaucoup plus globale de la santé vue sous tous ses aspects, en ce sens qu'il ne s'intéresse plus à la femme à titre de mère uniquement. D'après Locoh (2000: 8), qui le perçoit comme "une conception renouvelée de la planification familiale",

« Le nouveau concept de "santé de la reproduction", introduit lors de la Conférence du Caire, est un progrès réel en ce sens qu'il met l'accent sur toutes les composantes de la santé reproductive et non plus essentiellement sur la contraception et la planification familiale. Il a aussi clairement souligné le droit des femmes de disposer de leur corps, de décider de leur procréation. Il a inclus l'épanouissement sexuel des partenaires comme un élément de la bonne santé. Cela implique des rapports plus harmonieux entre partenaires et moins empreints, comme c'est souvent le cas, d'une idéologie de la domination masculine. »

Poursuivant la même idée, Andro (2000: 95) explique à ce propos que:

« Cette notion, qui au départ ne concernait que la santé de la mère et de l'enfant, est devenue très englobante, se définissant dans le programme d'action de la conférence du Caire comme un état de bien-être général au cours de tout le processus reproductif pour tous les individus, y compris les hommes. Il s'agissait alors d'un changement de perspective important que la conférence de Pékin sur l'amélioration du statut des femmes (1995) est venue renforcer. La santé reproductive est un droit qui repose sur la reconnaissance du droit fondamental de tout couple et tout individu de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière. »

En Afrique sub-saharienne, les politiques de population qui ont été jusque-là mises en place dans la foulée des grandes conférences africaines et internationales sur la population (Arusha 1974, Lagos 1984 et Dakar 1994, Bucarest 1974, Mexico 1984 et le Caire 1994) traduisent une volonté bien explicite des dirigeants africains

de diminuer le taux de fécondité interprété comme étant une menace à la santé de la mère et de l'enfant et surtout au développement économique et à l'environnement. C'est à ce titre qu'une diversité de programmes et de projets de santé de la reproduction ont été conçus, le plus souvent avec l'aide d'organismes internationaux tels l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ou le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP).

À l'issue de la conférence internationale du Caire de nombreuses revendications étaient faites par les pays participants, notamment pour l'amélioration du statut et de la santé des mères et des enfants. C'est à l'occasion de cette dernière rencontre que la santé de la reproduction trouve un regain d'intérêt incessamment appuyé par les nombreuses rencontres internationales féministes dont la Conférence de Pékin tenue en 1995 sur l'amélioration du statut des femmes. Si bien qu'aujourd'hui, la santé de la reproduction se trouve au cœur des enjeux majeurs de la vie auxquels tous les dirigeants et décideurs politiques devraient désormais accorder une place prioritaire dans une perspective de développement. En dépit de toutes ces déclarations officielles à l'issue desquelles des plans d'action mondiaux ont été élaborés, force est de constater que l'objectif d'amélioration de la santé reproductive des femmes reste encore non atteint pour une majorité d'entre elles (surtout dans les pays en développement). Dans une très large mesure, il faut noter que les problèmes liés à la santé reproductive touchent beaucoup plus les femmes que les hommes. En effet, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS (1996, 1998, 2002), le nombre de femmes qui meurent

chaque année dans les pays en développement à la suite de complications de grossesse, d'avortements et d'accouchements à risques est environ un décès chaque minute et s'élève à 585 000. Selon un rapport du Fond des Nations Unies pour le Développement des Femmes, UNIFEM (1999), « *Le taux de mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne est de 600 décès pour 100 000 naissances contre 10 décès pour 100 000 naissances dans les pays industrialisés* ». Koblinsky et al. (1993), soutiennent dans une autre étude menée en 1993 qu'un quart à la moitié des décès des femmes en âge de procréer dans les pays en développement est dû aux complications liées à une grossesse alors qu'en réalité, un nombre considérable de ces décès pourrait être évité. À titre comparatif, on notera que la probabilité pour une femme africaine de décéder des suites d'une grossesse ou d'un accouchement est estimée à 1 sur 21, tandis qu'elle n'est que de 1 sur 10 000 en Europe de l'Ouest par exemple (Sadik, 1991). Des centaines de milliers de femmes dans les pays en développement sont victimes de graves maladies et handicaps tels les douleurs pelviennes permanentes, les maladies inflammatoires, la stérilité et l'incontinence suite à la grossesse ou à ses complications (Fortney et al., 1996).

Pourtant, une réduction considérable de ces décès pourrait être réalisée si les femmes pouvaient éviter plus souvent les grossesses non désirées en ayant plus librement accès aux méthodes de contraception moderne qui leur conviennent le mieux. Une étude du FNUAP (1997) souligne d'ailleurs que 75 millions de grossesses sur les 175 millions qui ont lieu par année dans le monde ne sont pas désirées. En outre, le nombre de femmes mariées qui ont un besoin non satisfait de planification familiale dans les pays en développement a été estimé à 100 millions

(Robey et *al.*, 1996). Selon une publication de Macro International Inc., on parle de besoin non satisfait de planification familiale lorsqu'une femme est sexuellement active, féconde et ne souhaite pas tomber enceinte, mais qu'elle n'utilise pas un moyen de contraception, soit moderne soit traditionnel (Westoff et Bankole, 1995). Au Sénégal par exemple, la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1997 révèle que 33% des femmes mariées ont un besoin non satisfait de planification familiale.

Les raisons pour lesquelles de nombreuses femmes mariées ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont multiples. Nous citerons, entre autres, les problèmes liés aux barrières culturelles, à la non accessibilité géographique des centres de PF dans certains cas et à la faiblesse du pouvoir d'achat d'un nombre considérable de femmes. En plus de ces raisons qui expliquent la persistance du problème des besoins non satisfaits de planification familiale, il y a lieu d'évoquer que le refus du mari est très souvent cité par ces dernières. Ce qui nous amène à dire que l'implication des hommes est d'une importance capitale dans le traitement de certains problèmes de santé de la reproduction, notamment lorsqu'il s'agit de permettre à des millions de femmes d'éviter des grossesses non souhaitées et éventuellement des maladies graves pouvant parfois conduire à la mort. En effet, en moyenne dans les EDS, c'est 9% des femmes mariées avec des besoins non satisfaits qui soulignent la désapprobation du mari comme principale raison de non utilisation de la contraception moderne (Bongaarts and Bruce, 1994). Une étude qualitative faite en Inde démontre que 87% des femmes ayant un besoin non satisfait de planification familiale soutiennent que la décision d'utiliser la

contraception revient, en dernière analyse, au mari (Yinger, 1998). Ainsi, il n'est pas rare que les femmes s'en remettent aux décisions de leur époux aux dépens de leurs propres préférences; même si leur santé, voire leur vie ou celle de leurs enfants, se trouve sérieusement menacée.

On voit bien à travers ce qui précède qu'il existe encore, dans de nombreux pays, des inégalités de pouvoir liées au sexe qui déterminent la place de la femme au sein d'une société et qui se transposent dans le couple, rendant souvent les femmes dépendantes et vulnérables aux décisions des hommes. Ces derniers sont en général, dans une position de dominants et ne sont pas toujours prêts à concéder une partie de leurs pouvoirs. Ces rapports de sexe inégalitaires sont encore très prononcés dans les sociétés où la femme est économiquement dépendante de son mari ou de son groupe familial. En plus, ils sont culturellement entretenus et perpétués à travers les générations par le biais de la socialisation. L'émancipation de la femme africaine qui peut défier cette réalité est loin de toucher toutes les couches sociales. Elle se limite encore à un petit groupe de femmes plus scolarisées et issues de milieux favorisés et vivant surtout dans les centres urbains. Au sujet de la relation qui existe entre le concept de genre et la reproduction humaine, Andro (2000: 95) écrit:

« Le système des relations de genre agit en effet aussi bien au niveau de chaque individu, dans ses stratégies reproductives, qu'au niveau de la société en général dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. Autrement dit, les rapports sociaux de sexe définissent d'une part les modalités de la prise de décision en matière de fécondité entre un homme et une femme, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent la procréation (grossesse, accouchement, prise en charge des enfants). »

Et à propos du concept de genre, Locoh et Labourie-Racapé (1997: 4) expliquent que:

« Le concept de genre met en avant l'idée que les différences biologiques de sexe s'accompagnent de différences entre les femmes et les hommes dans les statuts, les rôles, les responsabilités, la place des uns et des autres dans tous les secteurs de la société et à tous les niveaux mais également dans ce qui est caractéristique (ou ce qui est attendu) du comportement et des attitudes des femmes et des hommes au sein d'une société. »

Si dans les pays développés les luttes des femmes pour l'égalité des sexes ont pu aboutir à des progrès considérables (même si, par ailleurs, il reste encore du chemin à faire), dans certains pays en développement, notamment au Sénégal, l'idéologie patriarcale est encore fortement ancrée et détermine généralement l'ensemble des modes d'organisation sociale. Les écarts entre les sexes sont certes liés à des facteurs biologiques (grossesses, accouchements...), mais ils sont, pour une large part, tributaires de facteurs sociaux, culturels et économiques qui confèrent le plus souvent une forte prééminence aux hommes dans toutes les sphères de la vie, dont la conséquence est l'existence d'importantes discriminations à l'égard des femmes.

C'est par le biais d'une éducation fortement sexuée basée sur la différenciation et la hiérarchisation entre l'homme et la femme que l'on apprend à l'enfant à construire socialement ses interrelations avec les autres membres de sa communauté d'une part, et avec le sexe opposé d'autre part. Et même s'il est vrai que la socialisation dans les différentes sociétés patriarcales peut prendre des formes très variées, on peut néanmoins dire que de façon générale, c'est au cours de ce processus que débute dès le plus bas âge l'initiation de la jeune fille aux

différentes tâches « féminines ». Aussi, lui apprend-on à intérioriser les valeurs de sa société sur sa fertilité, l'importance du travail, le respect à donner aux aînés et la soumission au mari entre autres; seul prix de la réussite future de ses enfants. Ainsi, à l'âge adulte, la structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes se trouve déjà construite et bien dessinée. Elle a par conséquent des effets directs à tous les niveaux sur la gestion sociale de la reproduction humaine et donc sur la santé reproductive de la femme.

Plusieurs études faites à travers le monde s'accordent à dire que les relations de genre ont une influence puissante sur la prise de décision et le comportement en matière de reproduction (Blanc et *al.*, 1996; McCauley et *al.*, 1994). Mais on sait peu de choses sur la dynamique de la prise de décision au sein du couple marié concernant les questions liées à la reproduction et sur la manière dont ces relations de genre affecteraient la décision de pratiquer ou non la contraception au Sénégal notamment. Toutefois, regardons dans le paragraphe qui suit comment cette question a été jusqu'à là abordée.

1.2 RECENSION DES ÉCRITS

Il y a actuellement une réelle nécessité à s'intéresser davantage aux perceptions, aux attitudes et valeurs dans la compréhension des comportements humains, en ce sens que les actions humaines sont déterminées par un ensemble de facteurs profonds et complexes. L'essentiel de ce que nous connaissons de la pratique contraceptive au Sénégal nous vient principalement des grandes enquêtes démographiques telles les Enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques en

matière de planification familiale (CAP), les Enquêtes sur la Prévalence Contraceptives (EPC), l'Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF) et les Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Or, ces enquêtes à caractère quantitatif s'intéressent le plus souvent à l'ampleur du phénomène et offrent moins de possibilités pour l'explication approfondie qui, en plus des données quantitatives, exige des informations qualitatives. Beaucoup d'études faites sur la pratique contraceptive (Moser, 1993; Pfannenschmidt et *al.*, 1997; Riley, 1997; Worth, 1989) expliquent comment la non prise en compte des relations de genre dans les politiques et programmes de santé de la reproduction dans les pays en développement a, pour une large part, compromis l'amélioration de la santé et du statut des femmes pendant plusieurs années. Nous pouvons citer DeKoninck qui explique:

« Les interventions dans le domaine de la vie reproductive sont beaucoup moins simples qu'on ne s'est souvent plu à l'affirmer. Ainsi, pour les organismes internationaux, il suffisait (et certains programmes vont encore dans ce sens) de rendre disponibles les méthodes de contraception pour que les femmes les utilisent et que l'on assiste dès lors à une diminution du taux de fécondité, considéré comme trop élevé et menaçant pour la santé des mères et des enfants. La recherche en sciences sociales a fort heureusement réussi à ébranler quelques certitudes, mais c'est loin d'être suffisant » (De Koninck, 1994: 135-136).

Andro (2000: 95-96) explique dans le même ordre d'idée que:

« En tenant compte des rapports de genre qui s'imposent tout au long de la vie des individus, on a une perception plus complexe et moins mécaniste des questions de santé reproductive, qui prend en considération le contexte dans lequel ces individus constituent leur descendance. À travers cette grille d'analyse, on peut mieux comprendre les mécanismes qui permettent ou qui empêchent le recours aux services de planification familiale. »

Ainsi, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les relations de genre se classent parmi les nombreux facteurs qui influencent les couples et affectent leurs décisions en matière de procréation (Hollerbach, 1983; Hull, 1983). Selon ces chercheurs, le niveau d'instruction, la situation socio-économique, les attentes sociales, les pressions familiales, la religion façonnent aussi de telles décisions. En effet, la transition démographique qui est en cours dans les pays en développement entraîne aujourd'hui des changements rapides qui prennent l'allure de véritables bouleversements sociaux. En particulier en milieu urbain où on note, entre autres, un taux de scolarisation de plus en plus élevé chez les filles, entraînant ainsi le recul de l'âge au mariage. De même, la scolarisation permet au fil des années l'émancipation de la femme, lui conférant une plus grande autonomie dans la vie.

Si certains chercheurs tels Binyance et *al.* (1993); Mumford (1983); Wilkinson et *al.* (1994) pensent que ce sont les préférences personnelles qui prédominent dans le comportement reproductif, d'autres, comme Hull, (1983) soutiennent que ce sont les normes sociales et culturelles qui pèsent le plus sur les décisions en matière de procréation. Se joignant à ce dernier, Gérard (1995, cité par Gomis, 2000: 47) soutient que: *«Si c'est bien le sujet lui-même qui procrée, il n'en reste pas moins déterminé socialement et en quelque sorte, le risque se trouve aussi réalisé au niveau collectif.»*

D'autres auteurs soutiennent que les rôles traditionnels des deux sexes sont tellement ancrés que, généralement, on les prend pour définitivement acquis. Ils sont reflétés dans chaque institution sociale et font que les femmes ont souvent de la difficulté à parler de questions sexuelles ou de la santé reproductive; ce qui peut

souvent nuire à leur santé. En Ouganda, une recherche sur cette question montre qu'une personne sur quatre pense qu'une femme ne peut pas dire non aux relations sexuelles, et ce, même si elle sait que son partenaire a le sida, par crainte de représailles, de divorce ou de sévices physiques (Blanc et *al.*, 1996).

Aujourd'hui, on reconnaît que les hommes jouent des rôles importants et souvent dominants en tant que maris et chefs confirmés de la famille. Leur influence s'exerce tant dans la prise des décisions cruciales pour la santé reproductive des femmes que dans l'approbation et l'utilisation de la contraception. A cet effet, il est fait mention dans les écrits de l'écart entre cette approbation et l'utilisation effective de la contraception par les femmes, même s'il y a davantage d'hommes qui s'intéressent de plus en plus à la question. Il ressort aussi que les couples qui discutent entre eux des questions relatives à la santé de la reproduction arriveraient à de meilleures décisions pour une meilleure santé. Dans la même perspective, il apparaît que la connaissance de l'équilibre du pouvoir entre l'homme et la femme peut aider à améliorer le comportement en santé reproductive.

Par ailleurs, soulignons que la prise en compte des rapports de genre dans l'explication ou la compréhension des faits sociaux est un phénomène récent. Quand on parle de rapports de genre, on met souvent l'accent sur la construction sociale de la relation homme/femme dans une société donnée ou au sein d'un groupe d'individus. En réalité, l'analyse du genre dépasserait le seul cadre homme/femme pour désigner de façon plus large les différents types de rapports qui existent dans une même société donnée (entre homme et femme, entre classes

d'âge, entre classes sociales...). Dans la vision de traiter le genre exclusivement comme rapports entre hommes et femmes, Thiriat (2000: 81) écrit ce qui suit:

« Dans les pays en développement, les rapports entre hommes et femmes restent très imprégnés d'un caractère patriarcal instituant la domination masculine à tous les niveaux de l'organisation sociale. En organisant le contrôle social de la fécondité des femmes, les règles d'alliance sont, avec les règles de filiation, à la base des systèmes de genre. Les pratiques matrimoniales traduisent donc un état des relations hommes-femmes qui sont privilégiées ou réprouvées dans chaque société. Ces relations de pouvoir entre conjoints ont un effet décisif sur la vie quotidienne des femmes, leur accès aux ressources et leur pouvoir de décision, notamment en matière de fécondité. »

Toutefois, dans la présente étude nous nous intéressons à la question genre en tant que rapports inégalitaires entre l'homme et la femme dans le couple. Au Sénégal où le système du patriarcat est dominant, ces inégalités basées sur l'appartenance à tel ou tel sexe maintiennent traditionnellement et le plus souvent la femme dans une position de subordination et l'homme dans la domination. Cependant, nous pensons comme Locoh (2000: 10) qu'« *on ne peut pas s'en tenir à l'image figée de familles patriarcales vivant en autarcie. Elles bougent, mais non sans résistances et sans heurts* ». Quant à Yana (1997: 35), ses recherches menées au Cameroun lui permettent de nuancer en ces termes:

« Les traditions culturelles des différentes ethnies du pays montrent que la répartition des rôles entre hommes et femmes n'exclut pas un exercice subtil de l'autonomie féminine, dans le respect de l'autorité masculine. Dans un contexte où les hommes sont censés exercer une autorité sans partage, les femmes ont néanmoins, elles aussi, des espaces de pouvoir »

Plus loin dans le même article, il concluait que « *les changements économiques peuvent occasionner une remise en question des relations antérieures au sein du couple, voire, dans certains cas, instaurer des relations plus équilibrées* » (page 39).

Cette vision non statique des faits sociaux souligne l'idée d'une évolution des statuts sociaux des individus. En cela, leur analyse pourrait dégager les pistes pour les actions visant l'établissement d'une société plus équitable, dans laquelle hommes et femmes pourront jouir librement des mêmes droits et avoir accès aux mêmes moyens d'épanouissement et de développement individuel et collectif.

Il ressort de notre recension des écrits que la communication entre l'homme et la femme en matière de prise de décision concernant la pratique contraceptive moderne est passablement documentée. Partant de ce constat, la présente étude voudrait approfondir cette question dans le contexte de la société sénégalaise. De façon plus spécifique, nous étudierons l'influence des relations de genre sur le processus de prise de décision concernant la pratique contraceptive par la femme au sein du couple. Pour ce faire, nous l'aborderons dans la perspective de la théorie de la socialisation. Cette dernière permet de mieux comprendre la construction sociale des normes de différenciation sexuelle et la façon dont les rôles masculins et féminins pourraient s'articuler dans un processus harmonieux ou conflictuel. A cet effet, la question suivante mérite d'être posée: quelle est l'influence des rapports de genre sur la dynamique de prise de décision au sein du couple marié sur la pratique contraceptive moderne au Sénégal?

Au regard de cette question centrale, dérivent un certain nombre d'interrogations sous-jacentes qui sont intimement liées à la problématique de cette étude, à savoir:

- Qui, de l'homme ou de la femme, dans le couple, a eu l'initiative de recourir à la contraception moderne? Et, en définitive, à qui revenait la décision de pratiquer la contraception moderne?
- Comment, dans le processus de négociation, les aspirations et les intérêts particuliers de chacun des conjoints ont été pris en compte?
- Comment chaque partenaire perçoit-il l'influence de la socialisation (c'est-à-dire du cadre socioculturel dans lequel il a grandi) sur son comportement quant à la procréation ?

De ces interrogations découlent les objectifs principaux et spécifiques qui sont énoncés dans le paragraphe ci-dessous.

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 Objectif général de la recherche

L'objectif général de cette recherche est d'étudier la manière dont les rapports de genre influent sur le processus de prise de décision quant au recours à la contraception moderne par la femme mariée au Sénégal.

1.3.2 Objectifs spécifiques de la recherche

Pour ce faire, les objectifs spécifiques ci-après sont poursuivis:

- Décrire le contexte de socialisation des enquêtés, leurs caractéristiques socio-démographiques ainsi que les circonstances de formation de leur union;

- Retracer l'histoire de la vie reproductive du couple et faire état de ses expériences relatives à la pratique contraceptive moderne;
- Décrire la manière dont les rapports de genre influent sur la décision d'utiliser ou non la contraception moderne dans le couple;
- Et enfin tenter de dégager quelques facteurs pertinents susceptibles de susciter un meilleur équilibre dans les rapports au sein du couple.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

2.1 CADRE CONCEPTUEL

2.1.1 La notion de rapports de genre

Apparu dans les années 1980, le concept « genre » (gender) renvoie, par opposition au mot « sexe » qui fait référence essentiellement à l'inné, à ce qui est acquis. Selon l'UNIFEM (1999),

« Le concept genre se fonde sur le fait que les différences, les rôles, les positions entre les hommes et les femmes découlent d'une construction sociale et culturelle, basée sur une inégalité fondamentale. »

Ainsi donc, tous les auteurs qui ont tenté de définir la notion de « rapports de genre » s'entendent pour dire que de façon générale, il s'agit d'« *une construction sociale des rapports homme-femme* ».

Locoh (2000) explique que:

« Les inégalités entre hommes et femmes et les rapports qui en découlent sont socialement construits, prennent des formes spécifiques dans chaque société et doivent être analysés en tant que productions sociales et non pas comme des intangibles liés au destin biologique de chaque sexe. C'est ce que l'on désigne sous le terme maintenant largement admis en français de "rapports de genre". »

Il y a lieu de souligner que les rapports de genre traduisent également un rapport de pouvoir entre l'homme et la femme. Mais faut-il préciser qu'il s'agit d'une construction sociale qui, en général dépasse le cadre strict homme-femme et englobe de façon plus large les différents types de rapports qui existent dans une société donnée et à une époque donnée.

2.1.2 Le processus de prise de décision

Il renvoie à la communication qui s'instaure entre l'homme et la femme dans le couple au sujet du recours à la contraception moderne. L'issue de cette communication n'étant pas toujours certaine, elle peut alors conduire à une série d'interactions ou d'échanges qui, selon les cas, peuvent être conflictuels. A cet effet, la prise de décision définitive va dépendre des rapports de pouvoir qui existent dans le couple, lesquels étant en partie socialement déterminés. Et, même si la décision d'utiliser la contraception moderne venait à être prise, celle-ci au fil des années pourrait être remise en cause et le processus de négociation reprendrait, et ainsi de suite.

2.1.3 La pratique contraceptive

Nous avons défini ce concept plus haut dans le texte. Mais il y a lieu de préciser que nous nous en tiendrons, pour les besoins de cette recherche à la pratique contraceptive moderne dont nous pouvons localiser les utilisatrices plus aisément. Cela concerne donc l'utilisation d'une des méthodes de contraception moderne importées des pays occidentaux comme la pilule, le stérilet, le norplant, le dispositif intra-utérin (DIU), etc. dans le but d'espacer ou de limiter les naissances. Ainsi, les couples utilisateurs ont une meilleure maîtrise de leur fécondité. Dans le contexte sénégalais qui nous intéresse, les études récentes font encore état d'une faible utilisation de la contraception moderne. Ce qui serait attribuable à des problèmes liés, d'une part, à l'offre de services de PF (faible qualité des services,

problèmes de disponibilité et d'accessibilité des services) et, d'autre part, à la faible demande de services de PF, en raison du statut socio-économique relativement précaire de la femme et aux rapports de genre existants dans leur milieu de vie.

2.1.4 La socialisation

Nous retiendrons la définition suivante proposée par Bélanger et Lemieux (2001: 94):

« La socialisation est le processus par lequel les valeurs culturelles sont transmises et intériorisées par une population donnée. Elle met d'abord en évidence les agents qui l'accomplissent, et qu'on appelle agents socialisateurs; puis, les modes de transmission, à savoir la famille, l'école, les mass-média. etc.; et, enfin le type de message transmis. La tradition anglo-saxonne préfère l'identifier plus immédiatement à l'apprentissage des divers rôles nécessaires à l'intégration de l'individu à la société. Elle voit dans la socialisation l'ensemble des connaissances, habiletés, croyances, valeurs et dispositions qui permettent à une personne de fonctionner à l'intérieur d'une collectivité donnée. L'accent est mis sur les éléments requis pour une action bien adaptée aux normes sociales. »

Cette définition semble refléter la réalité telle qu'elle est vécue dans les pays en développement d'Afrique noire au sud du Sahara, en particulier celle du Sénégal. Dans ce pays, les enfants et les adolescents passent par un certain nombre d'étapes au cours desquelles ils apprennent et intériorisent les normes et valeurs de leur milieu de vie. Par exemple, sauf exception, chaque enfant est envoyé à l'école coranique dès qu'il sait parler. De même, au moment où la jeune fille est initiée aux tâches ménagères, le jeune garçon fait l'apprentissage des activités assignées aux hommes.

2.2 MÉTHODOLOGIE

2.2.1 La méthode de recherche

Étant donnée la nature de notre objet de recherche, qui est de comprendre et de décrire l'influence que peuvent avoir les rapports de genre sur le processus de prise de décision qui aboutit à la pratique contraceptive moderne, nous avons opté pour une démarche qualitative. Le choix de cette méthode tient au fait que l'objectif n'est pas d'évaluer la prévalence contraceptive en milieu sénégalais, mais plutôt de voir dans quelle mesure les rapports de genre constitueraient un obstacle au recours à la pratique contraceptive moderne dans le couple. En effet, la méthode qualitative permet d'avoir des informations plus approfondies sur les sujets et sur l'objet de recherche, ici l'influence du genre sur la décision de pratiquer la PF; en particulier lorsqu'il s'agit de questions qui ont trait aux attitudes et perceptions. En plus, la description d'une expérience concrète vécue par les individus comme celle de la prise de décision en matière de pratique contraceptive serait plus appropriée à partir d'une recherche de type phénoménologique (Fortin: 1996).

En ce qui concerne la collecte des informations, nous avons utilisé deux techniques: les entrevues individuelles semi-structurées et les discussions de groupe ou *focus group* (un avec le groupe de femmes et une autre avec le groupe d'hommes qui avaient été interrogés individuellement). Ces *focus group* avaient aussi pour but de faire valider, entre autres, notre compréhension auprès des interviewés qui y étaient présents. Les interviews et *focus group* ont été conduits en langue Wolof, enregistrés sur des bandes audio (à l'aide d'un magnétophone) puis

traduits en français et retranscrits. Nous avons eu recours à un professionnel expérimenté. Afin de nous assurer de la fidélité dans la traduction et la transcription des données recueillies, nous avons procédé à une vérification. Celle-ci consistait à réécouter les bandes audio tout en lisant les textes qui avaient été préalablement produits par le professionnel.

Cette recherche qualitative ne vise pas la représentativité quantitative de la population de la zone étudiée. Par contre, la technique qualitative vise une représentativité sociale de la population étudiée. Son but n'est pas de généraliser les résultats à d'autres populations, mais plutôt de relater, décrire le processus de prise de décision concernant la pratique contraceptive dans le couple. En d'autres termes, elle voudrait saisir la manifestation des rapports de genre quant à la prise de décision en matière de contraception au Sénégal. L'expérience des dix couples répondants à notre enquête offre une vue qualitative du phénomène en objet. La méthode qualitative que nous avons choisie ici tient compte de la nature du sujet. Celui-ci est ancré dans les mœurs des populations, qui le plus souvent ne se confient pas facilement. La question de la contraception est en général intime au couple et relève encore du domaine du tabou, surtout lorsqu'il s'agit d'en parler avec une personne tierce. Moins nombreux sont alors les individus et/ou les couples qui peuvent ou acceptent de s'exprimer ouvertement sur la question. Si dans les pays développés, les individus ou les couples ont déjà franchi ces obstacles culturels; tel n'est pas encore le cas dans les pays en voie de développement dont le Sénégal. Ainsi, afin de comprendre l'une des dimensions la plus profonde et la plus complexe qu'est la procréation dans le contexte social africain, nous avons cru utile

de procéder par une analyse qualitative. En effet, c'est notamment par le biais d'une recherche qualitative qu'il est possible de découvrir, de percevoir et d'interpréter les logiques liées aux expériences humaines vécues dans un contexte local en particulier, celui des sociétés qui sont dans leur première phase de transition démographique comme c'est le cas du Sénégal. C'est dans ce sens que Mucchielli (1996: 153) définissait l'approche qualitative comme:

« un type de recherche qui privilégie des données non numériques recueillies dans le milieu naturel des personnes. Le chercheur tente d'établir une interaction avec les participants à l'étude afin de dégager une compréhension riche et crédible du sens que les participants donnent au phénomène étudié. Ce type de recherche repose sur une vision ontologique où la réalité se comprend de façon non plus morcelée mais globale et contextualisée. Le rapport au savoir est aussi différent dans la mesure où le sens produit est vu comme émergent et construit tout au cours de la recherche, fruit de l'interaction entre les participants et le chercheur ».

2.2.2 La population d'enquête

C'est dans le quartier de la Médina localisé dans la capitale sénégalaise (Dakar) que cette recherche a été menée. Nous avons choisi ce quartier pour deux raisons principales. Tout d'abord parce qu'il abrite l'un des premiers et plus grands centres de planification familiale du pays. Avec l'existence de ce centre, nous avons la chance d'y trouver la base de données disponible sur les utilisatrices de la contraception. D'un strict point de vue pratique, la population qui nous intéresse y était donc plus accessible. Et puisque nous nous intéressions aux couples mariés, habitant le quartier de la Médina et dans lesquels la femme utilise une méthode contraceptive, le Centre de planification familiale de la Médina était à notre sens, la porte d'entrée. Nous devrions mentionner que nous partions de l'hypothèse selon

laquelle les femmes concernées fréquenteront en priorité ce centre de PF qui est à leur portée puisqu'il est situé au cœur de la Médina. Du moins, il y a une très grande probabilité de trouver parmi les femmes qui fréquentent ce centre de PF, une bonne partie des femmes mariées et utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne habitant le quartier de la Médina. Ce sont celles-là qui devaient constituer notre population d'enquête.

La seconde raison du choix du quartier de la Médina est qu'il s'agit d'une zone dont la population renferme les caractéristiques que nous jugeons pertinentes pour l'étude que nous voulions mener. En effet, la Médina est un vieux quartier de Dakar où l'on retrouve pratiquement toutes les couches de la société sénégalaise notamment: la classe des nantis constituée principalement de propriétaires terriens et de grands commerçants; la classe moyenne constituée par des fonctionnaires de l'État; et la couche la plus vulnérable constituée des nombreux jeunes chômeurs et des personnes du 3^{ème} âge. En dépit de sa proximité avec le centre ville (abritant des infrastructures modernes) et d'une forte intensité d'activités économiques aussi bien formelles qu'informelles, il continue d'exister à la Médina des structures traditionnelles qui le singularisent et le font vivre dans un contraste très saisissant entre la modernité post-coloniale et la tradition.

2.2.3 L'échantillonnage

Cette phase de terrain a été menée en équipe constituée par la chercheuse principale (l'étudiante elle-même) et un sociologue recruté au Sénégal par cette dernière. Chacune des expériences humaines, chaque processus de prise de décision

est unique en soi. Ce qui importait pour nous, c'était de choisir l'échantillon pertinent. Dans ce groupe de femmes mariées habitant le quartier de la Médina et qui sont utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne, nous procédions donc à un échantillonnage. La nature de notre recherche (qualitative de type phénoménologique) nous porte vers la catégorie des échantillons non probabilistes. Vu les limites de temps et de budget auxquelles nous étions confrontées, nous avons choisi dix (10) couples, nombre que nous estimons suffisant puisque nous voulions faire une analyse approfondie de leur expérience de couple dans lequel la femme est utilisatrice d'une méthode moderne de contraception.

Les questions portant d'une manière générale sur la reproduction ou la fécondité ou faisant allusion à la sexualité demeurent encore très délicates au Sénégal, même dans les endroits supposés relativement « modernes » comme la Médina. En partant de cette idée, nous avons décidé de choisir l'échantillonnage accidentel, procédé dans lequel non seulement le participant devait satisfaire aux critères que nous avons préétablis, mais nous leur demandions leur consentement. Nous savons que les femmes qui fréquentent le centre de PF y vont à des intervalles réguliers pour y renouveler leur stock de pilules contraceptives ou y faire des visites de contrôle en fonction de la méthode contraceptive qu'elles utilisent. C'est à la sortie de ces consultations auprès du médecin ou de la sage-femme, que nous avons prévu de les aborder et de les inclure dans notre étude au fil des jours jusqu'à ce que nous atteignions le nombre de dix (10) femmes volontaires. Et par l'intermédiaire de ces femmes volontaires, nous contacterons par la suite leur mari

respectif. Il est entendu que les femmes consentantes dont le mari aura refusé de faire partie de l'étude ne pourront être retenues dans notre échantillon.

Mais la réalité s'est avérée autre si bien que nous n'avons pu recruter aucune femme volontaire au bout de cinq semaines de sollicitation auprès des femmes qui fréquentaient le centre de planification familiale de la Médina et ceci en dépit de l'aide que le personnel soignant nous apportait. En effet, presque toutes les femmes que nous avons invitées à participer comme volontaires à cette recherche ont décliné l'invitation. Les raisons qui étaient souvent évoquées étaient les suivantes:

- 1) Absence du mari du pays ou de la ville;
- 2) Crainte de manquer de temps pour participer à une recherche vu les charges familiales qu'elles doivent quotidiennement assumer;
- 3) Elles fréquentaient le centre de planification familiale à l'insu de leur époux qui ignorait en réalité qu'elles utilisaient une méthode de contraception moderne;
- 4) Elles ignoraient si leur époux accepterait volontiers de participer à l'enquête et appréhendaient leur réaction.

Et les rares fois où il nous arrivait, dans cette première phase de terrain de rencontrer une femme au centre de PF qui remplissait bien les critères et qui acceptait spontanément de participer, il se trouvait qu'elle n'habitait plus à la Médina même si elle continuait de fréquenter ledit centre. Elles expliquaient que pour des raisons d'habitude et de pratique, elles avaient jugé nécessaire de

conserver les mêmes médecins ou sage-femmes qui les suivaient depuis l'époque où elles habitaient le quartier de la Médina.

C'est alors que nous (l'étudiante et le sociologue qu'elle a engagé pour passer les entrevues auprès des hommes) décidâmes de faire une descente dans le quartier de la Médina à la recherche de couples volontaires qui avaient le profil recherché. Comme on peut facilement l'imaginer les débuts furent difficiles pour nous dans le quartier. Malgré la période de grande chaleur, le porte-à-porte que nous avons fait a été relativement plus fécond puisque nous avons pu recruter, au bout de quelques jours de sollicitation, trois femmes volontaires. Suite à notre entretien préliminaire, nous avons convenu qu'elles parleraient à leur époux pour une éventuelle rencontre en couple si possible. La suite des événements devait nous apprendre que nos trois premiers couples ne pouvaient participer à la recherche. La non-disponibilité du mari pour deux des couples et l'hospitalisation d'un enfant dans le cas du troisième couple furent évoquées quelques jours plus tard.

Suite à ces événements, nous tentions une autre solution puisqu'il nous fallait trouver des couples, sans lesquels il ne pouvait y avoir de recherche. Les différents quartiers *Lébous*, ethnie autochtone de Dakar, en particulier ceux qui composent la Médina sont administrés d'une façon unique et spécifique propre aux villages *Lébous* au Sénégal selon un système de chefferie hiérarchisé. Dans cet élan de recherche de solutions, nous avons alors songé nous adresser aux chefs traditionnels *Lébous* du quartier à qui nous avons fini par nous présenter d'une manière plus officielle. C'est ainsi qu'un jeune adulte du quartier, lui-même futur chef traditionnel qui héritera de son père, fut désigné pour nous introduire dans les

familles. En tant que personne-ressource connue et reconnue dans son quartier, son rôle consistait à présenter notre projet de recherche et à nous aider à recruter des couples volontaires. Une fois les présentations faites, notre personne-ressource disparaissait et nous convenions d'un autre rendez-vous avec le couple pour la suite. C'est à l'occasion d'une deuxième rencontre au domicile du couple que nous prenions le temps de leur expliquer en détail l'objet de la recherche, son utilité, et leur soumettions le formulaire de consentement.

Cette approche a finalement donné des résultats et nous avons pu ainsi recruter 10 couples au terme de deux semaines. Et lorsque le couple confirmait son consentement et son intérêt à participer à l'étude, une date et une heure pour les entrevues étaient enfin fixées. Elles changeaient d'un couple à l'autre si bien que nous avons mené des entrevues à des moments très variés de la journée, allant de l'avant-midi à tard dans la nuit. La principale difficulté dans cette phase de notre terrain consistait à trouver un moment qui convenait aux deux conjoints puisque nous (l'étudiante et le sociologue embauché) devions nous entretenir avec eux dans des locaux séparés et simultanément. La simultanéité des entretiens servait à éviter l'effet de contamination, c'est-à-dire que si les deux conjoints sont interrogés à des moments différents, le couple pourrait discuter du sujet entre les entretiens et le second interviewé pourrait ajuster ses réponses en fonction des déclarations du premier, ce qui constituerait bien évidemment un biais. Le bouche à oreille fut pour nous un moyen efficace de recruter des volontaires et cela eut très rapidement un effet boule de neige dans le quartier.

2.2.4 La méthode de collecte de données

Nous avons choisi l'entrevue semi-structurée et le *focus group* pour réaliser cette recherche exploratoire. Le schéma d'entrevue que nous avons préparé à cet effet précise les grandes lignes des thèmes qui allaient être abordés. La spécificité de ce type d'entrevue tient au fait que la manière dont les questions sont posées n'est pas prédéfinie. Les questions sont ouvertes au départ et elles génèrent, au cours de l'entretien, d'autres sous-questions au besoin. Les différents thèmes qui ont été ainsi abordés nous ont permis de couvrir suffisamment l'étendue de notre étude (voir annexe 2 pour la grille d'entrevue). L'avantage d'une telle grille d'entrevue est de nous avoir permis de prédéfinir un cadre global ou une direction générale tout en laissant suffisamment de liberté d'expression aux interviewé(e)s. Grâce à cette souplesse, nous pouvions plus facilement nous adapter au cours de l'entrevue. À la suite de ces entrevues individuelles, nous avons convié les mêmes participants à une discussion de groupe (*focus group*) dans un local du quartier. Six hommes et sept femmes y étaient présents. À partir des mêmes thèmes abordés dans les entrevues individuelles, nous voulions susciter le débat au sein du groupe des femmes et des hommes; et éventuellement recueillir d'autres informations intéressantes que nous n'avions pas eu l'opportunité d'entendre dans les entrevues individuelles. Les deux *focus group* se sont tenus simultanément et séparément. En effet, la chercheure principale a animé celui des femmes et le sociologue fit de même avec les hommes.

Une fois les données recueillies, nous avons procédé à une analyse thématique. Cette phase d'analyse nécessite une préparation que nous avons faite

par étapes successives et complémentaires. Tout d'abord, nous avons cherché à valider les entrevues et leur transcription (verbatim) en faisant une restitution des résultats globaux auprès des participants pour vérifier si ce que nous avons cru comprendre est bien ce qui a été dit (Fortin, 1996: 311). Ensuite, nous les avons codifiés pour pouvoir en dégager les différentes unités de sens. Des unités de sens nous pouvions avoir une idée générale de ce qui est sorti des interviews. Et à partir de nos codes, nous avons procédé à la catégorisation avant de passer à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies.

Nous avons veillé au respect du code éthique. Afin d'obtenir le consentement éclairé des participants, nous avons prévu un formulaire de consentement à cet effet (cf. annexe 1). Nous les avons invités à le lire puis à le signer avant les interviews. Et pour ceux d'entre eux qui ne savent pas lire et écrire (il y en avait dans notre échantillon), nous leur avons proposé une traduction par une tierce personne membre de leur famille et nous nous sommes assurés que nous avions leur consentement verbal. Nous avons pris aussi les précautions nécessaires pour respecter la confidentialité des sujets: les noms des personnes ayant participé à la recherche n'ont pas été mentionnés ainsi que tout détail susceptible de les identifier dans une éventuelle restitution officielle ou académique. Nous avons utilisé des numéros de codes (F1 désignant la première femme que nous avons interviewée tandis que H1 représente son époux, ainsi de suite).

CHAPITRE 3

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES, INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les données sur lesquelles porte ce travail ont été recueillies suite à une enquête menée auprès de couples habitant dans le quartier de la Médina à Dakar dans la période allant du mois de juillet au mois de novembre 2002. Les techniques de collecte utilisées étaient des entrevues individuelles semi-structurées et des *focus groups* réalisés auprès de dix couples mariés dans lesquels la femme est utilisatrice d'une méthode contraceptive moderne.

3.1 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondant(e)s

a) Religion et Ethnie

Toutes les femmes de l'échantillon sont utilisatrices d'une méthode contraceptive moderne, condition qu'il fallait remplir pour faire partie de l'échantillon. Tous les dix couples pratiquent la religion musulmane. D'un point de vue ethnique, il y a une certaine homogénéité. En effet, tous les dix hommes interrogés sont du groupe ethnique *Lébou* qui est majoritaire dans le quartier. Au Sénégal, les membres de la communauté *Lébou* sont connus pour être les premiers habitants ou autochtones de la région de Dakar. Ils sont historiquement les propriétaires terriens de la capitale et symboliquement les chefs coutumiers et dans certains cas religieux incontournables et les interlocuteurs privilégiés de l'État

sénégalais dans la résolution de certains problèmes sociaux. Les *Lébous* font partie du grand groupe ethnique *Wolof* majoritaire au Sénégal. Seuls deux couples de la population répondante sont mixtes (c'est à dire que l'époux est issu du groupe *Lébou* et l'épouse est *Sérère*, autre groupe ethnique du Sénégal). On pourrait supposer que dans ces deux couples, ce sont deux types de socialisation qui pourraient éventuellement s'affronter.

Le tableau 1 (p. 33) donne la répartition des dix couples interrogés selon certaines autres caractéristiques sociodémographiques: âge, parité (nombre d'enfants), niveau d'instruction et activité économique.

b) Âge des répondant(e)s

Les femmes répondantes ont un âge compris entre 27 et 42 ans. Par conséquent, l'étendue d'âge dans la population de notre échantillon est de 15 ans. Ce qui suppose que même si elles habitent toutes dans le même quartier et qu'elles pratiquent toutes la contraception moderne, elles n'ont pas probablement connu les mêmes expériences de la vie. Dans cette perspective, on pourrait s'attendre à ce qu'elles n'aient pas toutes la même perception, voire la même façon d'aborder les questions relatives à la gestion du couple et de leur vie reproductive qui nous intéressent dans le cadre de cette étude. Certaines d'entre elles pourraient être enclines aux attitudes conservatrices et d'autres un peu plus ouvertes au « modernisme ». Quant aux dix hommes interrogés l'étendue de leur âge est de 30 ans, variant de 34 ans à 64 ans, soit le double de celle des femmes interrogées. Ce qui nous laisse supposer d'ores et déjà qu'il pourrait exister, plus que chez les

femmes, des écarts dans les perceptions et façons d'aborder les sujets dont il est spécifiquement question dans cette recherche.

Tableau 1: Répartition des couples interrogés selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Age	Nombre d'enfants	Niveau de scolarité	Activité économique rémunérée
Couple 1				
Femme	29	01	Non instruite	Aide ménagère
Homme	34	01	Sec. 4	Démarcheur en imprimerie-papeterie
Couple 2				
Femme	27	02	6 ^{ème} année primaire	Aucune
Homme	34	02	5 ^{ème} année primaire	Imprimeur-salarié
Couple 3				
Femme	35	02	Sec. 4 / Form. prof.	Secrétaire de bureau
Homme	43	02	Sec. 4	Courtier-travailleur autonome
Couple 4				
Femme	37	03	Sec. 4 / Form. prof.	Commerce de quartier
Homme	46	04	secondaire 4	Électricien-profession libérale
Couple 5				
Femme	35	02	Non instruite	Aide ménagère
Homme	45	02	1 ^{ère} année sec.	Couturier- profession libérale
Couple 6				
Femme	42	06	Sec. 4 / Form. prof.	Commerçante
Homme	49	06	Sec. 3	Mécanicien-tourneur salarié
Couple 7				
Femme	34	04	Non instruite	Commerçante
Homme	45	04	Sec. 4 / Form. prof.	Comptable au chômage
Couple 8				
Femme	41	05	6 ^{ème} année primaire	Commerçante
Homme	64	06	Sec. 4 / Form. prof.	Entrepreneur
Couple 9				
Femme	40	03	6 ^{ème} année secondaire	Commerçante-secteur informel
Homme	55	03	Sec. 4 / Form. prof.	Fonctionnaire comptable
Couple 10				
Femme	35	04	6 ^{ème} année primaire	Commerce
Homme	38	04	6 ^{ème} année primaire	Électricien-libéral

Source: enquête réalisée auprès de dix couples, Dakar, 2002

c) Écart d'âge entre conjoints

Il est généralement admis que l'homme soit plus âgé que la femme au moment où ils entrent en union; mais c'est en Afrique sub-saharienne que cet écart

est connu pour être le plus marqué et notamment au Mali et au Sénégal où il atteint même 10 ans comparativement aux pays d'Amérique latine (2 à 3 ans) et d'Asie (3 à 5 ans) (Thiriat, 2000). Toujours selon cette auteure, l'indicateur de l'écart d'âge entre les conjoints en Afrique dans les années 1990 est de 4 à 7ans. Dans notre échantillon, ce ne sont que 4 couples sur les 10 qui se retrouvent dans cet intervalle (avec un intervalle de 3 ans dans le couple 10, 5 ans dans le couple 1 et 7 ans dans les couples 2 et 6). Les 6 autres couples interrogés ont un écart d'âge compris entre 8 et 23 ans ce qui est de nature à défavoriser davantage la femme. Thiriat (2000) explique à ce propos que:

« L'écart d'âge au premier mariage entre les conjoints installe dès le début de l'union une situation inégalitaire au sein des couples. Il renforce la subordination de la femme face à un époux qui cumule la supériorité due à l'âge à celle du statut masculin et maintient ainsi vivaces les structures patriarcales. C'est parfois dans toute une gestuelle des rapports quotidiens entre conjoints (ne pas regarder son mari dans les yeux, lui parler à la troisième personne, se tenir éloignée à certaines périodes...) que l'épouse doit marquer son respect et sa parfaite obéissance, résultat d'une socialisation à la soumission qui commence dès l'enfance. »

d) Contexte de socialisation des répondant(e)s

Il s'agit de l'environnement social et familial dans lequel les individus ont grandi jusqu'à l'âge de la majorité. C'est durant cette période propice que sont enseignées aux individus les normes et valeurs qui vont régir leur vie future. Dès le plus bas âge, on explique à la jeune fille qu'elle est appelée à être femme, bonne épouse et plus tard bonne mère. Et parallèlement, le jeune garçon est préparé à son destin de futur chef de famille, d'époux et de père responsable. A l'homme comme à la femme, les parents et aînés donnent fièrement les consignes qui marquent le passage d'une vie d'enfant à une vie d'adulte. Par conséquent, ils arrivent dans leur

vie de couple avec des acquis sociaux suffisamment ancrés et qui vont déterminer leur façon de vivre.

Bien qu'il soit proche du point de vue caractéristiques physiques (le paysage géographique notamment) des autres quartiers de la capitale sénégalaise, la Médina se distingue de ces derniers de par sa spécificité à plusieurs égards. Historiquement, la Médina est le premier quartier moderne de Dakar après le centre ville construit sous l'occupation coloniale française. Une autre particularité de la Médina tient à sa contiguïté au centre ville de Dakar. Quartier très peuplé, on retrouve quotidiennement à la Médina l'expression d'une juxtaposition singulière et surprenante du traditionnel et du moderne propre au Sénégal. Au plan ethnique, les *Lébous* qui sont les autochtones de la région de Dakar y sont majoritaires. La structure sociale *Lébou* est caractérisée par l'existence d'une chefferie traditionnelle hiérarchisée reconnue par le pouvoir étatique moderne. À ce titre, les chefs traditionnels *Lébous* bénéficient d'un statut social particulier dans la société sénégalaise qui font d'eux des partenaires à part entière du gouvernement sans lesquels aucune décision concernant la région de Dakar, notamment sur les plans religieux, foncier et commercial (la pêche) ne peut bénéficier d'un appui ou d'un minimum de crédibilité au sein de la population. Ils ne constituent pas qu'un pouvoir symbolique, mais bien plutôt une institution importante qui a son représentant suprême: le "Grand Serigne de Dakar". Ce dernier est élu par les membres de sa communauté *Lébou* selon des critères spécifiques bien définis et il bénéficie à ce titre des mêmes privilèges économiques et sociaux qu'un ministre du gouvernement sénégalais. Au-delà de cet environnement physique (la Médina) et

social (la communauté *Lébou*) communs à nos répondants, on peut aussi dire que le contexte de socialisation varie, à une échelle plus individuelle, d'une personne à l'autre. En effet, la famille constitue la principale cellule de base de la société dans laquelle l'essentiel de la socialisation a lieu. S'agissant de plusieurs familles, on pourrait par conséquent noter aussi bien des similitudes que des différences dans les types de socialisation que les interviewé(e)s ont chacun (e) connu individuellement.

Il ressort alors des entrevues que la plupart des femmes parmi les dix interrogées ont été élevées par une parenté proche. Le système de confiage ou d'échange d'enfants est une réalité bien vivante en Afrique noire, au Sénégal en particulier. Gage d'un resserrement de liens entre deux membres d'une même grande famille, il est souvent pratiqué pour combler le vide qui entoure une femme ou un homme qui n'a pas pu avoir d'enfant dans son mariage. De façon générale, les hommes comme les femmes interrogés affirment avoir grandi dans une très grande famille regroupant le plus souvent père, mère, plusieurs frères et sœurs, enfants adoptifs, grands-parents, oncles tantes, cousins, cousines. La taille d'une famille peut banalement atteindre une trentaine de personnes dans une grande concession familiale à la Médina.

Tous nos répondants sont musulmans et tous les hommes interrogés ont suivi les enseignements coraniques de base dans leur tendre jeunesse. Plus qu'une religion, l'Islam est un mode de vie qui ne laisse pas indifférents ceux qui la pratiquent. Pour avoir la satisfaction du devoir bien rempli, le père musulman confie son enfant à une école religieuse du quartier et au besoin, l'envoie très loin

afin qu'un maître reconnu puisse lui apprendre les préceptes de l'Islam. Cette socialisation que tous les dix hommes de l'échantillon ont connu aura une influence décisive sur leur vie de couple qui sera régie et empreinte de ce regard de la religion sur les relations hommes/femmes.

L'école comme autre lieu important et privilégié de socialisation favorise la rencontre avec des personnes du sexe opposé en dehors de la supervision des parents et expose à de nouvelles valeurs et références culturelles. Elle serait également responsable d'un recul de l'âge au mariage. Cette situation finit le plus souvent par affaiblir le contrôle des parents sur la vie sexuelle des jeunes. Bien conscients aujourd'hui de l'affaiblissement de leur pouvoir de contrôle sur la sexualité de leurs enfants, les parents continuent malgré tout et tant bien que mal, de vouloir imprimer le respect des valeurs et des normes relatives au mariage. L'existence de ces différents niveaux de socialisation complexifie la vie des individus et explique dans une large mesure leurs comportements en matière de reproduction. Il y a une association des vécus dans le groupe familial et ethnique, dans le groupe de pairs du quartier, à l'école religieuse et moderne (française) qui tout au long de la vie de l'individu s'imbriquent subtilement les uns les autres...

e) Niveau de scolarité des répondant(e)s

Le niveau de scolarité chez les femmes est varié. Il ressort en effet des entrevues que celles d'entre elles qui ont pu avoir une plus longue scolarité, notamment celles qui ont fait une bonne partie de l'école secondaire, sont celles qui étaient issues de familles relativement plus nanties avec un père qui pouvait payer les frais de scolarité dans une école privée. La faible scolarité des filles au Sénégal

n'est cependant pas seulement liée à des frais de scolarité qui seraient onéreux mais plutôt à des pesanteurs culturelles et à des stratégies de survie qui privilégient la réussite des garçons, à une offre de services scolaires non adéquate, entre autres causes. Ainsi, dans le groupe des dix femmes interrogées, nous avons quatre qui ont un niveau de scolarité secondaire. Toutes ont dû arrêter de suivre l'enseignement général à la suite d'un échec à l'examen de fin de cycle secondaire (Brevet de Fin d'Études Moyennes ou BFEM). La seule et unique femme qui a pu aller jusqu'à la première partie du baccalauréat (niveau collégial) a dû définitivement abandonner ses études après son échec à l'examen. Les deux autres ont pu par contre suivre une formation professionnelle et obtenir un diplôme dans une école privée puisqu'elles n'avaient pas réussi à leur examen du BFEM—équivalant à la 4^{ème} année secondaire au Québec. Nous pouvons citer l'exemple de la femme F4 qui nous explique:

« ...et comme j'avais réussi au CEPE et pas au concours d'entrée en sixième, mon père avait décidé que j'irai à l'école privée pour que je ne perde pas de temps...J'avais repris les cours et j'avais échoué à l'examen mais je voulais continuer mes études l'année suivante. Mon père m'avait répondu que c'est lui qui payait mes études et que s'il s'agissait juste de continuer mes études et avoir plus tard un travail et gagner un salaire, je n'avais qu'à suivre une formation professionnelle. Il m'avait donc orienté en transit comme déclarant en douane. J'avais donc fait transit et obtenu mon diplôme au bout de deux ans. Lorsque j'ai obtenu mon diplôme de transitaire, mon père...à l'époque, j'étais dans la même classe que mon frère aîné et comme c'est lui (le père) qui nous avait inscrits à l'école de transit, c'est lui qui faisait pour nous les demandes de stage. Et à chaque fois qu'il faisait des demandes de stage, on prenait mon frère aîné, moi je n'ai jamais eu la chance de faire un stage. Ça a continué ainsi, je n'avais pas eu de chance de faire un stage jusqu'à ce que je me marie. J'étais découragée et j'ai abandonné. Après je ne cherchais plus de stage, je n'étudias plus, je ne faisais plus rien »*

Nous pouvons aussi citer la femme F6 qui nous dit:

«...J'étais parmi les meilleurs et malgré tout, j'avais échoué à mon examen lorsque je faisais la 3^{ème}. A l'école, on a conseillé mon père de me faire reprendre la classe et j'ai refusé. J'étais à l'époque influencée par mes copines qui partaient suivre une formation de dactylographie, je me suis alors résolue à faire comme elles. Mon père a alors tout tenté pour me raisonner afin que je refasse la classe de troisième, mais j'ai dit niet et malheureusement, c'est la même année qu'il partit à la retraite. Il était adjudant de police, mais il s'est sacrifié et m'a payé les études à Carter. Il décéda au courant de ma première année de formation et pour continuer, il fallait que je me débrouille avec ma mère... »

En l'absence du père dans la famille, il n'est pas rare au Sénégal de nos jours de voir la maman prendre la relève comme cet exemple en témoigne.

Trois parmi les femmes interrogées, ont eu une scolarité moindre puisqu'elles ont abandonné l'école au bout de la dernière année de l'école primaire. Comme les trois femmes précédentes, c'est l'échec à l'examen et/ou au concours de fin de cycle primaire qui est la cause de leur décrochage scolaire précoce. Leurs parents n'ayant pas les moyens de leur faire poursuivre des études dans une école privée, ces dernières ont dû définitivement arrêter de fréquenter l'école classique et se rabattre sur le commerce informel ou sur de petites formations à la couture et au crochet dans leur quartier.

Enfin, les trois autres femmes du groupe interrogé sont analphabètes. Deux d'entre elles sont nées en milieu rural où l'accès à l'école n'était pas toujours possible aux femmes, notamment dans les années 1970. Les rares fois où l'on pouvait trouver à l'époque une école en milieu rural au Sénégal, il se posait souvent un problème d'éloignement qui finit par décourager la plupart des écoliers comme ce fut le cas avec la femme F5 qui témoigne :

« Je ne suis pas instruite car je séchais les cours. L'école était très éloignée de chez nous, on parcourait des kilomètres à pied pour nous y rendre ». (F5)

Nous remarquerons par ailleurs qu'aucune des femmes de notre échantillon (ni celles qui ont un niveau secondaire et obtenu par la suite un diplôme de formation professionnelle, ni celles qui ont un niveau primaire et ont suivi une formation de couture) n'exerce le métier pour lequel elle a été formée. Toutes, sauf une ont versé dans le petit commerce de quartier ou de rue qui leur sert tant bien que mal de gagne pain quotidien pour elles et leur famille.

Le niveau scolaire chez les hommes interrogés est par contre relativement plus homogène que chez les femmes. Chez les femmes, le niveau d'instruction varie de non instruite au niveau collégial. Chez les hommes par contre, il n'y a pas de non-instruit alors qu'il y en a trois chez les femmes répondantes. De façon générale, nous avons d'un côté cinq hommes, soit la moitié, qui ont un niveau de scolarité secondaire 4 et l'autre moitié qui a tout juste un niveau de scolarité primaire. Mais, il y a lieu de noter que tous les dix hommes ont, contrairement aux dix femmes, suivi une formation professionnelle, et ont ou ont eu un emploi salarié en lien avec leur domaine de compétence. On pourrait cependant, supposer que le faible niveau d'instruction des femmes, d'une part, et leur moins grande instruction par rapport à leur conjoint, d'autre part, pourrait rendre difficile leur communication en matière de santé reproductive.

f) Activité économique des répondant(e)s

Une seule parmi les femmes interrogées a déclaré ne rien faire et n'avoir jamais travaillé de sa vie. Les neuf sont des travailleuses autonomes dans le secteur informel. Elles exercent un modeste commerce de quartier qui peut consister à vendre des fruits et légumes ou à vendre des vêtements qu'elles vont chercher dans

les pays voisins du Sénégal, notamment en Gambie et au Mali. Le petit commerce de détail est généralement le refuge des femmes mères de familles qui n'ont pas pu aller à l'école ou terminer leurs études. Et puisqu'il faut gagner sa vie et aider le mari à supporter la famille, elles se rabattent le plus souvent sur les activités commerciales du secteur informel qui ne demandent pas beaucoup d'investissements au départ. Leur réseau social et familial qui est avant tout composé de leurs parents, amis, voisins, et belle-famille constitue le plus souvent leurs clients potentiels et leur procure une certaine assurance de départ lorsqu'elles décident de se lancer dans le commerce. Les revenus qu'elles arrivent à tirer de ce commerce leur permettent de participer à la prise en charge de leur famille ou à devenir le principal soutien de leur famille. En effet, même quand les deux conjoints travaillent, ce sont leurs revenus mis ensemble qui permettent de nos jours aux familles de faire face à leurs besoins quotidiens.

Du côté des hommes, 3 sont des employés salariés, 6 exercent des professions libérales en lien avec leur formation professionnelle et 1 est au chômage. Les difficultés économiques, même quand le couple travaille, sont devenues une réalité criarde au Sénégal, ce qui ne va pas sans remettre en cause un certain nombre de choses qui se répercutent sur les rapports de genre. La femme qui a un certain pouvoir d'achat et qui apporte une contribution financière non négligeable dans son foyer a tendance à prendre plus d'autonomie personnelle dans son couple; ce qui ne se fait pas sans heurts puisque l'homme aussi voudrait conserver avec orgueil et jalousie ses acquis.

g) Statut de résidence des répondant(e)s

Huit hommes sur les dix interrogés vivent encore sous le toit familial et un homme vit dans sa belle-famille. Ce phénomène urbain est devenu courant dans la capitale sénégalaise où les difficultés structurelles et économiques vont en s'aggravant depuis plus d'une vingtaine d'années. Ainsi, il y a de nos jours de moins en moins d'hommes capables d'acquérir une maison ou d'en prendre une en location où ils pourraient s'établir avec leur femme et leurs enfants comme le voudrait la tradition locale. Dans ce contexte, pour un homme, vivre dans la maison des parents de son épouse après le mariage est rarement un choix délibéré et dénote le plus souvent les difficultés financières que vit le couple. Faute de pouvoir loger lui-même la nouvelle famille qu'il a fondée en contractant le mariage, l'homme est contraint d'accepter l'aide de sa famille ou celle de son épouse. Seul un homme, (un entrepreneur et personne-ressource dans le quartier) sur les dix répondants est propriétaire de la maison où il loge avec sa femme et leurs enfants.

De telles contraintes sapent le moral et l'autorité masculine en même temps qu'elles permettent une plus grande émancipation féminine dans le couple. Le fait, pour la femme de vivre chez ses parents avec son mari peut lui procurer une plus grande assurance aux côtés d'un conjoint qui ne peut pas agir réellement en position d'autorité dans un tel contexte. Cependant, pour paraître conforme aux normes et valeurs sociales en vigueur, on laissera entendre que le mari demeure le chef incontestable quelles que soient les circonstances.

3.1.2 Formation du couple et vie reproductive

a) Circonstances de rencontre et de formation des couples

Traditionnellement la constitution des couples au Sénégal obéit à des règles culturelles bien définies et elle n'est en principe pas le fruit de rencontres aléatoires, même si c'est de plus en plus le cas actuellement. De nos jours, les jeunes filles et les jeunes garçons peuvent en effet choisir leur partenaire et vivre différentes relations amoureuses. Il ressort des histoires de rencontre et de constitution de nos dix couples, que ceux-ci ont connu plus ou moins les mêmes itinéraires. D'abord, dans chaque cas les partenaires viennent de familles qui au préalable se connaissaient. Ce type de relations très étroites entre familles d'un même quartier est enrichissant pour les membres de la communauté et constitue même un bon capital social. Il s'agit là d'un réseau social à travers lequel les individus s'entraident et qui dans certaines circonstances joue le rôle de substitut des programmes sociaux gouvernementaux inexistantes. Ce réseau facilite également le règlement des conflits entre conjoints, en ce sens que les médiateurs qui ont été à l'origine des négociations en vue du mariage sont généralement impliqués dans le rétablissement de l'équilibre du couple. Dans neuf cas sur dix, les femmes interrogées soutiennent avoir rencontré et connu leur mari dans le quartier où elles habitaient notamment par l'intermédiaire d'un membre très proche de leur famille: un frère, un cousin, une cousine... A ce propos, voici comment les femmes F4 et F10 décrivent les circonstances de leur rencontre:

« Le mari de ma cousine m'avait expliqué qu'il y avait un jeune homme qui habite le quartier, qui m'aime et qui a telle ou telle autre qualité, qui est correct, gentil avec tout le monde, qui a bon cœur et qui sait entretenir

une femme et que je ne regretterai rien si j'acceptais sa demande; ainsi de suite ...Ce jour-là, je ne sais pas ce qui m'avait fait accepter, je lui avais répondu de lui dire ok, qu'il vienne. » (F4)

« ...Mon mari est un parent, c'est un cousin à ma mère. C'est ici que j'ai grandi de 2 à 20 ans; il m'a aimée, a donné la dot et m'a mariée. Tout cela s'est passé dans cette maison. » (F10)

Et un peu plus loin, elle rajoute:

« ...il m'a vue et m'a aimée, il me l'a dit et il venait me rendre visite et un beau jour, ma tante nous a fait asseoir lui et moi et lui a dit que j'étais une nièce pour lui, et donc, elle ne lui demande rien d'autre que la cola pour la dot. » (F10)

Au regard de ce qui précède, il ressort que l'implication de l'entourage familial dans les démarches de mariage est significative. En effet, les circonstances ainsi décrites reflètent bel et bien la réalité vécue quotidiennement au Sénégal, surtout en milieu rural. Dans cette perspective les jeunes célibataires en âge de se marier sont généralement soutenus dans leur démarche et dans certains cas, il y a injonction des parents. Ainsi donc, pour les dix couples, il s'agit soit de mariage endogène, soit de voisinage. Et pour quatre d'entre eux, le mariage était devenu incontournable dans la mesure où il a été conclu suite à une grossesse pré-nuptiale. Cette dernière reste encore stigmatisée dans le discours et mal perçue sur le plan religieux. D'un point de vue du respect des valeurs et normes sociales, cela dénote que les couples qui se trouvent dans cette situation sont perçus comme déviants. S'il est vrai que la grossesse hors mariage est vue et jugée différemment d'un groupe ethnique à l'autre, il reste cependant, qu'elle constitue une source de mécontentement des familles, notamment celle de la femme qui se sent déshonorée et exige généralement une régularisation par le mariage. La grossesse pré-nuptiale et ses conséquences tant sociales et qu'économiques poussent les parents à susciter

la conclusion rapide du mariage. A titre d'exemple, nous pouvons citer le cas de la femme F1 qui raconte:

« ...Il était mon petit ami et tu sais comment est la vie d'aujourd'hui; cela est arrivé [allusion faite à la grossesse] par la volonté de dieu et ma mère s'y est toujours opposée. Ça l'a surpris, et moi aussi d'ailleurs, mais Dieu seul sait ce qui peut nous arriver.... » (F1)

Plus loin, l'enquêtée poursuit dans l'entretien:

« Sa mère est gentille, elle a envoyé chez nous au village des parents et mon père en bon musulman a dit qu'il ne donnerait pas sa fille en mariage avant le 40^{ème} jour après mon accouchement. Je suis alors restée au village jusqu'à mon accouchement et après les 40 jours qui ont suivi cet événement, il nous donna en mariage l'un à l'autre. C'est alors que je rejoignis le domicile conjugal. » (F1)

La femme qui a transgressé les règles régissant la vie au sein de son groupe d'appartenance est souvent soulagée à l'idée d'épouser le père de son enfant. Mais même après quelques années, il transparaît dans son discours un sentiment de culpabilité. Et dans une tentative de justification, il est arrivé que l'on fasse appel à une explication divine. Ce qui prouve à suffisance que les tabous sexuels qui entourent la vie reproductive, entretenus par les aînés fait obstacle à l'accès à l'information relative à la contraception moderne. Ceci est d'autant plus vrai que dans le contexte sénégalais, les adolescents vivent leur sexualité avec la crainte d'être sermonnés par les parents et mal jugés par la société. Ainsi, nous pouvons citer l'exemple des femmes F2 et F6 qui relatent ce qui suit:

« Au moment où on se mariait lui et moi, j'étais âgée de...heu... Non...parce qu'il m'avait enceintée d'abord avant de m'épouser. Au moment où je tombais enceinte, j'avais 19 ans, c'est alors que j'ai abandonné l'école. Au début, j'avais des problèmes avec ma famille. Ça n'avait pas plu à mon père, ma mère non plus. Mais il y a des choses dans la vie qui ne traduisent pas nécessairement une mauvaise conduite. Chaque chose arrive comme Dieu l'avait prévu. Eux-mêmes (les parents) avaient fini par comprendre que ce n'était pas à cause d'une mauvaise

conduite que j'étais tombée enceinte sans être mariée, mais que c'est Dieu qui en avait décidé ainsi... Après l'accouchement, on me lui donna en mariage. Nous nous sommes mariés un an après mon accouchement. » (F2)

« On peut dire tout juste après, (silence)... parce que c'était une erreur. On sortait ensemble et malheureusement il m'a enceintée. Nous sommes en discussion (me montrant du doigt), et je ne devrais pas vous le cacher: il m'a enceintée. Après mon accouchement et avant le baptême du bébé, les parents se sont réunis et ont dit qu'il valait mieux nous marier d'autant plus que nous avions des liens de parenté, que nous nous aimions et que nous étions ensemble depuis longtemps. Il était mon aîné de 7 ans en ce moment ; il avait 28 ans et moi 21. On nous maria alors avant le baptême de l'enfant, c'était en 1980. » (F6)

Bien que l'on se trouve dans le même "moule" de socialisation, il y a souvent, comparativement à la sexualité masculine prénuptiale une certaine tolérance implicite, complice et parfois même plus permissive. Lorsque l'homme est reconnu pour être le géniteur d'une grossesse, il n'y a, en effet pas autant de remous sociaux et de malaise que dans le cas de la femme. Pour nous en rendre compte, nous pouvons comparer le discours de l'homme H1 (le mari de F1), qui en revanche raconte les circonstances dans lesquelles leur premier enfant est né en ces termes:

« Oui, j'ai eu un enfant hors mariage- avec la femme que j'ai épousée par la suite -(...) en tout cas j'avais 29 ans - On s'est connu (...) et on a eu un enfant. Nous nous sommes mariés. On sortait ensemble (...) parfois on allait en boîte etc. ...on s'amusait quoi!- C'est venu accidentellement en tout cas, on ne l'avait pas prévu parce que si cela ne tenait qu'à nous, ça ne serait pas venu en ce moment-là... » (H1)

Ce discours est la preuve que, dans un même contexte et pour une même situation, selon que l'on est homme ou femme, le traitement peut être différent. Ainsi, contrairement à sa conjointe F1, l'homme H1 paraît plus à l'aise et semble avoir vécu moins de pressions sociales quant à la grossesse prénuptiale ayant

conduit à la naissance de leur enfant. A son tour, l'homme H2 nous illustre bien les circonstances dans lesquelles il s'est marié et la réaction de l'entourage:

« Je l'ai connue pendant notre jeunesse. J'allais la voir. Je l'ai courtisée. On sortait ensemble. Et Dieu a fait que nous avons eu un enfant hors mariage. Après, on s'est mariés. Dans ma famille, il n'y avait aucun problème; par contre c'est dans la famille de ma copine qu'il y avait des réactions négatives et violentes. Ah, C'est petit à petit, de négociation en négociation, avec beaucoup de patience que les parents de ma copine se sont apaisés. Vous savez que ce n'est pas chose aisée en tant que parent de voir sa fille tomber enceinte comme ça; ce n'est pas gai. Mais il faut s'en faire. Et je tenais à panser les douleurs des parents en mariant la fille. » (H2)

b) Nombre et âge des enfants des couples

À la lumière du tableau 1, nous remarquons qu'il y a un couple qui a 6 enfants, deux couples qui ont 4 enfants, trois couples qui ont 3 enfants, trois couples qui ont 2 enfants et un couple qui en a 1 seul. Nous constatons d'ores et déjà que la moyenne d'enfants par femme dans notre échantillon est relativement faible. Ce nombre est loin de ce qui est observé dans la société sénégalaise. Il est bien entendu qu'il s'agit là de femmes qui sont encore en âge de procréer donc, en pleine constitution de leur descendance et sont par conséquent susceptibles d'avoir d'autres enfants dans le futur. D'autant plus que, par ailleurs, la plupart d'entre elles ont affirmé plutôt pratiquer une contraception d'espacement pour des raisons économiques et pas de limitation. Et celles d'entre elles qui voudraient une pratique contraceptive de limitation ne semblent pas convaincues et doivent avant tout compter avec les réticences d'un mari qui n'est pas encore tout à fait d'accord et envisage de faire d'autres enfants dès que la situation économique s'améliorera. Il s'agit dans l'ensemble d'enfants d'âges compris entre 2 et 22 ans. Les dix couples mis ensemble ont plus d'enfants en bas âges que d'enfants adolescents.

c) Histoire de vie reproductive et pratique contraceptive des couples

Au regard de ce qui se dégage des interviews, les histoires de vie reproductive des répondants peuvent être résumées autour de trois situations:

- 1) Les couples dans lesquels la vie reproductive a commencé dans le mariage.

Dans notre échantillon trois couples sur les dix entrent dans cette catégorie.

Le nombre d'enfants dans ces couples varie entre 2 et 3. Le recours à la contraception dans ce groupe a eu lieu soit après la naissance du premier enfant, soit après le deuxième ou soit encore après le troisième enfant.

Certaines circonstances ont probablement motivé les couples à recourir à la contraception un peu plus tôt ou un peu plus tard selon les cas. C'est ainsi que suite à un accouchement difficile le couple 3 a décidé de pratiquer la contraception juste après la naissance de leur premier enfant. Quant au couple 9, la femme a connu une dizaine de fausses couches avant la naissance de leur premier enfant et la contraception n'a été adoptée qu'après la naissance du troisième enfant.

- 2) Les couples dont l'un des conjoints au moins a eu un enfant né hors du mariage actuel. Deux couples sur dix sont concernés. Il s'agit des couples 4 et 8. Dans le premier l'homme avait un enfant hors mariage et dans le second, les deux conjoints ont eu chacun une progéniture dans leur premier mariage. Ici aussi, le recours à la contraception semble avoir été occasionné par des grossesses à risques et des accouchements difficiles. Dans l'ensemble, la pratique contraceptive est intervenue à la suite de la naissance

du troisième enfant. Les intervalles intergénésiques chez eux oscillent autour de deux ans.

- 3) Les couples dont l'histoire de vie reproductive a débuté par une grossesse pré-nuptiale. Sur dix couples, quatre sont dans ce cas. Le nombre d'enfants dans ces couples varie de 1 à 6. Le couple de 6 enfants est celui qui totalise 21 ans de vie conjugale commune. Par contre, le couple d'un enfant a une durée de vie commune de quatre ans. C'est d'ailleurs le couple le plus jeune d'un point de vue de l'ancienneté du mariage et de l'âge. Si dans le couple 1 faisant partie de ce dernier groupe, le recours à la contraception n'a pas été motivé par des raisons relatives à la santé reproductive de la femme, ce n'est pas le cas des autres couples appartenant à ce groupe. Le cas du couple 2 semble plus édifiant: la femme doit être hospitalisée à chaque fois qu'elle est enceinte, les accouchements sont difficiles et elle a contracté une grossesse extra-utérine qui lui a valu une intervention chirurgicale dont elle porte encore des séquelles.

Dans l'ensemble dans aucun des couples on a eu recours à la contraception moderne avant la naissance du premier enfant et pas avant le mariage non plus. Il est aussi vrai que la contraception dans neuf couples sur dix a été choisie principalement pour des problèmes de santé connus par la femme. Ceci, peut augurer l'idée que les hommes face à de telles raisons pourraient difficilement s'opposer à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Soulignons également que la méthode la plus répandue est le norplant.

3.1.3 Le processus de prise de décision dans le couple

Comme défini dans le cadre conceptuel, le processus de prise de décision doit être compris dans cette étude comme l'interaction entre l'homme et la femme dans le couple devant conduire à l'adoption de la contraception. L'issue de cette interaction n'étant pas toujours certaine, elle peut alors conduire à une série de réactions ou d'échanges qui, selon les cas, peuvent être conflictuelles ou non. Une autre caractéristique de cette dynamique de prise de décision est le fait que les décisions une fois adoptées, ne sont pas toujours définitives et des remises en cause sont possibles. Ainsi, cette partie est consacrée à la description de ce processus. Suivra ensuite l'interprétation des résultats.

Il ressort de l'analyse des entrevues que l'initiative de recourir à la contraception venait le plus souvent des femmes. En effet, dans huit couples sur dix, l'introduction de la question de la pratique contraceptive a été l'œuvre de la femme. Selon les couples, les réactions des hommes ont été différentes et n'ont pas toujours suivi immédiatement l'annonce faite par la femme. Dans cette démarche, les femmes peuvent être classées en deux groupes: d'une part, les femmes qui ont cherché à avoir l'autorisation de leur mari avant de commencer à pratiquer la contraception. Ce groupe de femmes semble être conservateur à l'égard de la culture sénégalaise qui voudrait qu'une femme mariée, quelle que soit la nature du problème se réfère d'abord à son mari. Dans le couple, ce dernier est sensé être le seul à détenir le dernier mot. Voici à ce propos comment la femme F1 concrétise l'idée de l'homme considéré par la société comme le chef à qui la femme doit obéissance totale.

« S'il ne l'avait pas accepté j'aurais tout laissé tomber et je l'aurais suivi dans ce qu'il veut parce qu'après tout, je suis sa femme et je ne peux pas lui faire aimer ce qu'il n'aime pas. Le souhait de toute femme mariée est de satisfaire les désirs de son mari. C'est lié à mon éducation, j'entends les vieilles personnes dire que le mari symbolise tout pour la femme et que toute femme soumise à son mari verra toutes ses prières exaucées, c'est pourquoi, je lui reste soumise et fais tout pour le satisfaire ». (F1)

Et d'autre part, celles qui ont avisé leur conjoint seulement après qu'elles aient commencé à utiliser la contraception. Nous pensons être en présence d'un groupe de femmes qui, par rapport aux valeurs et normes traditionnelles régissant le mariage au Sénégal, s'écartent de celles-ci. On pourrait supposer qu'elles seraient, en matière de gestion de leur vie reproductive un peu plus indépendantes et susceptibles de braver tout obstacle.

Dans l'ensemble, suite aux intentions exprimées par leurs épouses, comme on s'y attendait, tous les hommes n'ont pas eu une attitude semblable. C'est ainsi que, dans les couples dont les femmes ont pris soin d'exprimer leur projet de recourir à la contraception moderne, les hommes ont soit, adhéré sans conditions, soit donné une réponse floue ou soit opposé un refus catégorique. Voici comment cela est illustré dans les récits de certaines femmes qui témoignent:

Cas d'une adhésion sans conditions

« Je venais de me marier quand j'eus mon premier enfant, mais comme je vivais avec mes sœurs dans la maison, elles m'ont conseillée ça. Elles sont en effet les premières à m'avoir conseillée ça, j'en ai discuté avec mon mari et il a accepté. » (F3)

Cas d'une réponse ambiguë

« Six mois après sa naissance [fait allusion à son enfant], j'ai discuté avec mon mari et je lui ai dit: je voudrais planifier les naissances de nos enfants parce que nous ne formons qu'une seule et même personne toi et moi et tu vois que nous vivons avec tous nos enfants dans la même

chambre. Il m'a répondu que si Gorgui [fait allusion au gynécologue qui a traité son épouse F9] l'apprenait, il me l'aurait défendu... » (F9)

Cas d'un refus catégorique

« Mais avant de le faire, j'avais demandé l'autorisation de mon mari et il avait refusé. Je me suis dit alors que je le ferai dès que j'aurai sevré mon enfant malgré son refus et c'est ce que je fis. Oui, je lui en avais parlé mais il avait refusé, il m'avait dit que ça ne se faisait pas et j'avais beau lui parler, il refusait. Alors sur un coup de tête, je suis allée le faire. Je suis restée longtemps avant de l'enlever; il s'était énervé, très énervé. » (F10)

Par ailleurs, si la réaction dans les couples dont les maris ont été au préalable sensibilisés n'a pas soulevé de vives controverses, la situation est autre dans les couples au sein desquels la femme a mis l'homme devant le fait accompli. Dans l'échantillon, ce cas concerne les couples 4 et 10. Les femmes F4 et F10 expliquent comment elles vivent cette situation en ces termes:

« Jusqu'à présent il n'approuve pas. De temps en temps, il réagit durant deux jours environ avant de laisser tomber. Et plus tard quand le planning lui revient à l'esprit il recommence. Dès fois, il va jusqu'à me menacer, exigeant qu'on l'enlève le jour même (de la dispute) ou le lendemain. Mais c'est moi qui suis tenace. Il me dit qu'il sait pourquoi je planifie mes grossesses; que c'est à cause de l'argument que j'avance selon lequel avec beaucoup d'enfants, je ne pourrai pas bien les nourrir et les soigner mais que tout cela dénote d'une absence de foi en Dieu ». (F4)

« Non, je ne lui ai pas dit [qu'elle utilisait la contraception] mais j'avais mes menstruations et après les menstruations, l'appareil (le DIU) est descendu et malheureusement pour moi, nous avons eu des rapports sexuels et il l'a touché et il a su que j'avais l'appareil. Il m'a dit qu'il m'avait interdit de pratiquer la contraception et moi je suis allée quand même le faire. Je lui ai répondu que bien sûr! Et que je l'ai fait parce que j'étais fatiguée. Il s'est alors énervé et m'a dit sur un ton de plaisanterie que lui prend la peine de me dire ce qu'il a à me dire et moi je n'en tiens pas compte et j'en fais à ma tête. Je lui ai répondu que oui et il m'a dit que c'était bon » (F10).

À l'opposé des couples ci-dessus, dans les couples 2 et 8, l'initiative de recourir à la contraception moderne est venue du mari. Les femmes ont accepté sans

résistance. Lorsqu'on sait que dans la société sénégalaise l'homme est considéré comme celui à qui revient la décision finale, surtout lorsqu'il est le seul pourvoyeur du ménage, il va de soi que ces femmes n'avaient pas réellement d'autres alternatives. À ce sujet, le propos de la femme F2 est plein d'enseignements:

« Je fais actuellement le planning parce que c'est lui qui le veut et je le suis dans cette voie. S'il me demandait d'arrêter tout de suite, sur le champ, j'arrêterai parce que c'est lui qui subvient à mes besoins. Je dépends de lui c'est à lui de décider si j'arrête ou pas. S'il me demandait d'arrêter aujourd'hui même et de ne plus y retourner [au centre de PF], je ne partirai plus, j'arrêterai. » (F2)

Cependant, on pourrait aussi penser aux circonstances ayant entouré cette prise de décision. En d'autres termes, il y a toute une série d'événements qui ont été souvent à l'origine de certaines initiatives, qu'elles viennent de l'homme ou de la femme. Ainsi, nous avons vu que dans certains couples, les grossesses antérieures et les accouchements difficiles, les fausses couches répétitives et la précarité économique à laquelle vient s'ajouter la promiscuité du lieu de résidence ont facilité les démarches entreprises par les femmes. Ce que nous ont rapporté les femmes F5 et F6 est à ce titre édifiant:

« C'est moi-même qui ai eu l'idée pour des raisons économiques parce que mon mari ne travaille pas, c'est moi qui travaille et si dans ces conditions, je dois tomber enceinte chaque année, je ne pourrai finalement plus travailler et on risque de ne plus rien avoir à porter... » (F5)

« Il a réagi positivement la première fois que je lui en ai parlé parce que lorsque je lui ai expliqué, il m'a dit que c'était mieux pour moi parce que nous étions tous jeunes et comme il venait de commencer à travailler, il n'était pas préparé à avoir une grande famille. Il m'a alors donné son accord. Nous n'avons qu'une seule chambre et nous la partageons tous, excepté les grands enfants qui vont le soir dormir avec d'autres: les garçons avec d'autres garçons et les filles font de même. Le reste des enfants passent la nuit avec nous sur des matelas en éponge étalés à même le sol... » (F6)

Après l'exposé de la vision des femmes, examinons maintenant comment se présente le discours des hommes quant à l'ensemble de la démarche ayant conduit à l'utilisation de la contraception dans leur couple.

Les hommes qui ont approuvé l'idée présentée par leur conjointe d'adopter la contraception moderne dans leur vie de couple ont eu en regard des traditions sénégalaises un comportement un peu plus ouvert. Il nous semble que cette attitude flexible est associée à la reconnaissance implicite de l'autorité qu'ils représentent au sein de leur couple et leur société. Ainsi, ils ont dans leurs discours la tentation de récupérer l'initiative qui pourtant venait de la femme. Cela caractérise justement le fait que l'homme dans cette société veuille toujours se sentir au-dessus de sa femme. A titre illustratif, voyons comment a réagi l'homme H3 dont la femme, suite aux conseils de ses sœurs sur la nécessité d'utiliser la contraception moderne a été la principale initiatrice de la démarche (voir cas d'adhésion sans condition, page 51).

« Nous n'avions pas de stabilité, je vis chez mon épouse et je ne pouvais pas faire beaucoup d'enfants dans ces conditions et j'ai décidé de planifier nos naissances, c'était même mon idée avant de voyager..... » (H3)

Nous avons vu plus haut que la femme F5 était dans le cadre de son couple celle qui avait eu l'initiative de pratiquer la contraceptive; mais voyons dans les lignes qui suivent comment cela est rapporté par l'homme H5:

« Oui, nous en avons discuté et c'est moi-même qui l'ai autorisée à le faire [fait référence à la pratique contraceptive de son épouse] » (H5).

Par ailleurs, les hommes dont les épouses les ont mis devant le fait accompli ont eu une réaction vive et expriment leur mécontentement par des menaces

d'épouser une seconde femme qui pourra mieux les satisfaire, surtout leur obéir. Cette réaction ne surprend personne, et il s'agit là d'un fait courant au Sénégal où près de 95% de la population est musulmane, favorisant ainsi la pratique de la polygamie. Les hommes des couples 4 et 10 rapportent:

« Je n'ai pas réagi: c'est sa décision. Ce qui me préoccupe c'est ce que les gens de la santé m'ont dit par rapport à ces méthodes... Ils ne l'utilisent pas. Mon épouse utilise le norplant, parfois, elle a des maux de tête, des palpitations. Cela comporte des inconvénients, je préfère les autres méthodes. (...) Mais j'ai essayé... Je lui ai expliqué que je suis d'accord pour la planification des naissances mais que je suis contre les pilules, le norplant et autres. Et je suis contre la limitation des naissances. En général, nos grands-parents avaient moins de moyens mais ils faisaient plus d'enfants (...) Vous savez, elle est libre. Mais moi aussi, si la situation venait à s'améliorer, je pourrai prendre une seconde épouse. Je suis libre aussi: c'est l'Afrique et nous sommes au Sénégal. Même si on ne le veut pas, les gens pourraient créer cet événement. » (H4)

À défaut de pouvoir interdire à sa femme l'utilisation de la contraception, à son tour, l'homme H10 qualifie son attitude de tolérante alors que la femme F10 nous a rapporté ses menaces. Son insatisfaction et sa résignation apparaissent dans son discours qui n'est pas toujours cohérent:

« Non, nous n'en avons pas discuté. Elle m'en a parlé, j'ai accepté. (...) Je ne sais pas, elle peut arrêter quand elle veut et elle peut reprendre quand elle veut. C'est elle qui décide, je ne peux rien lui imposer. Je n'ai rien à voir dans ça, c'est elle-même qui fait son choix. (...) Je lui donne les pleins pouvoirs. C'est la femme qui décide car je vous dis que de nombreuses femmes font ce qu'elles veulent, contre les désirs de leur mari. Alors, mieux vaut donner carte blanche. C'est elle qui a les pouvoirs et je n'y peux rien. » (H10)

Tous ces récits témoignent encore d'une ferme volonté des hommes à contrôler la fécondité des femmes. Cependant, malgré cette attitude, les femmes tentent de s'échapper. C'est le cas des répondantes qui ont recouru à la contraception sans aviser les époux. Normalement, dans une société où les valeurs

traditionnelles continuent à s'imposer au point même de rivaliser avec les changements en cours, le comportement affiché par ces femmes suscite des interrogations. Dans cette perspective, essayons de lire entre les lignes des discours en les intégrant dans le contexte socio-économique et culturel du Sénégal, ainsi qu'en tenant compte des caractéristiques individuelles, afin de mieux comprendre les comportements affichés par les hommes et les femmes au moment où le couple devait décider du recours à la contraception moderne.

3.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les expériences décrites ci-dessus relatives à la prise de décision pour la pratique contraceptive ne peuvent être comprises qu'en les mettant en rapport avec les histoires biographiques individuelles. En effet, la concession faite par les hommes avec relativement plus de facilité qu'auparavant semble être liée à la situation de précarité économique que vivent les couples, entraînant ainsi la fragilisation du statut de l'homme comme chef de famille. De façon générale, les hommes au chômage, aux emplois précaires, hébergés soit par leur belle-famille ou par leurs parents sont plus susceptibles d'être ouverts à l'idée qu'une femme puisse prendre une décision applicable. Cependant, en présence des pairs, il arrive que les hommes changent de discours mettant en avant leur statut de décideur socialement et culturellement défini. Cette attitude est rendue perceptible grâce aux débats qui ont eu lieu dans le cadre du *focus group*. Les énoncés contradictoires suivants recueillis lors de ces débats et de l'entrevue individuelle en témoignent largement.

« L'ordre doit venir de l'époux. Il doit le proposer à la femme. En fonction des moyens matériels et financiers, c'est l'époux qui doit en parler à sa femme » (H7 au focus group).

« Oui, elle a parlé j'ai compris et c'était vite fait. D'ailleurs c'est elle-même qui s'est occupé des démarches au centre de PF » (H7 à l'entrevue)

De même, l'instruction, l'exercice d'une activité économique rémunérée par la femme et les circonstances de formation du couple semblent être déterminants pour établissement des rapports de genre un peu plus équilibrés.

Par ailleurs, l'analyse nous a également permis de constater que les couples dans lesquels la santé de la femme a été menacée par les grossesses et/ou les accouchements antérieurs, l'adoption de la contraception moderne a été relativement plus facile indépendamment du sexe de la personne qui a eu l'initiative. Ceci augure l'idée selon laquelle les hommes, au-delà de leurs intérêts et de leurs aspirations personnels, seraient sensibles lorsqu'il s'agit de préserver la santé de la mère et du nouveau-né. Le fait d'avoir eu au moins un enfant dans une relation autre que le mariage actuel rend la démarche de la femme auprès de son époux moins exigeante. Dans ce cas, on croit comprendre que l'enjeu de la taille importante de la famille ne serait plus au centre des préoccupations de l'homme et de sa famille. N'oublions pas que nous sommes dans une société majoritairement patriarcale et musulmane dans laquelle une famille nombreuse et surtout des enfants de sexe masculin sont vivement souhaités. Si dans le discours des répondants, il est apparu que l'influence de l'environnement familial sur l'adoption de la contraception est négligeable, lorsqu'on va en profondeur des interviews, on se rend compte que tel n'est pas le cas. Cette tendance de nier la présence d'une

influence quelconque dans la gestion de la vie reproductive du couple traduit sans doute le besoin qu'ont les individus de garder l'intimité du couple. Elle s'observe plus auprès des jeunes couples qui veulent prendre leurs distances avec la tradition. Aussi, mentionnons que dans les couples où les partenaires sont jeunes, la pratique contraceptive invoque la complicité des deux conjoints. Ce qui pourrait être expliqué par le désir de vivre en fonction des réalités de la génération à laquelle ils appartiennent.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons voulu, dans cette étude, apprécier la manière dont les rapports de genre influent sur le processus de prise de décision quant au recours à la contraception moderne par la femme mariée au Sénégal. Les données sur lesquelles ce travail a porté sont issues d'une collecte que nous avons faite pour les besoins de ce mémoire dans le quartier de la Médina au Sénégal. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques, familiales, les circonstances de la rencontre et de formation des couples, l'histoire de vie reproductive des répondants, le contexte de socialisation et le processus de prise de décision. Deux techniques de collecte de données ont été utilisées à savoir l'entrevue individuelle semi-structurée et le *focus group*. L'échantillon enquêté est entièrement constitué de couples dans lesquels la femme pratiquait la contraception au moment de l'interview. Ainsi, l'information sur le processus de prise de décision est obtenue en rétrospective. Ce qui constituerait une limite, en ce sens que les individus ont eu le temps d'ajuster leur comportement en évitant consciemment ou non d'exprimer leurs opinions à l'état initial. IL aurait fallu pour combler cette lacune introduire des couples qui n'étaient qu'au stade de négociations en vue d'utiliser la contraception. En procédant de la sorte, l'étude se serait plus enrichie. L'idée principale qui était derrière l'organisation des *focus groups* était que nous allions, à cette occasion, susciter des débats contradictoires dans le groupe des hommes et dans celui des femmes. Mais, nous nous sommes rendus compte qu'en public, les hommes et les femmes avaient plutôt une attitude et des réponses très

stéréotypées; ce qui ne nous a pas permis d'avoir de nouvelles informations pertinentes.

En dépit de ces limites, un certain nombre de résultats sont ressortis de l'étude. Contre toute attente, ce sont les femmes qui le plus souvent ont pris l'initiative d'utiliser la contraception, parfois même à l'insu de leur conjoint. Du point de vue des valeurs et des normes traditionnelles, la hiérarchie ne semble plus être respectée. Du même coup, les rôles tels que définis selon la tradition ne sont plus stables et définitifs et chaque membre du couple contribue à se définir même si cette liberté est difficile à conquérir. Ce que l'on a observé semble traduire le signe d'une nouvelle autonomie de la femme, occasionnée par la détérioration du statut économique de l'homme. Les couples dans lesquels l'homme continue à avoir une emprise manifeste sont ceux au sein desquels l'époux continue encore à assumer les rôles tels que définis traditionnellement dans la perspective de la division sexuelle du travail, principalement le fait d'être le pourvoyeur du ménage. L'autorité de l'homme dans ces couples est reconnue et même vantée par les épouses qui sont prêtes à abandonner la contraception à la demande du mari.

Bien que les enquêtés ne reconnaissaient pas dans leurs récits l'influence d'une tierce personne de leur entourage, il est pourtant ressorti des résultats que certains couples ont été encouragés par des aînés qui ont partagé avec eux leurs expériences. Par ailleurs, l'influence de la socialisation comme moyen de transmission de l'héritage culturel, demeure encore. Les femmes qui avaient transgressé l'autorité du mari se culpabilisaient et étaient disposées à chercher le consensus comme moyen pour rétablir l'homme dans sa position de décideur

principal. Cette attitude obéissante qu'affichent la grande majorité des femmes interrogées s'expliquerait par l'existence d'obstacles de nature systémique dont elles ne sont pas réellement conscientes puisqu'elles les ont suffisamment intériorisés.

Parmi les facteurs mis en évidence et qui sont susceptibles de favoriser l'établissement de rapports un peu plus équilibrés dans le couple, figurent entre autres l'instruction, l'exercice d'une activité économique rémunérée par la femme, la précarité économique de l'homme et le fait pour le couple d'être hébergé.

Au bout du compte, l'analyse de l'influence des rapports de genre à travers la socialisation a montré que la situation n'est pas restée figée et qu'il y a une certaine flexibilité des frontières établies entre les genres. Mais, une prudence s'impose dans la mesure où les changements constatés sont essentiellement dus à la précarité économique des hommes et à la contribution monétaire des femmes dans la survie du ménage. Ce qui est d'autant plus vrai que les femmes continuent à entretenir l'idée de soumission qui leur a été inculquée depuis leur enfance.

BIBLIOGRAPHIE

ACOPAM (1996): *Genre et développement: Analyse de la place des femmes, une expérience au Sahel*. BIT, ACOPAM, Dakar, 122 p.

Adjamagbo A. et V. Delaunay (1999): *Une approche qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise*. Documents de Recherche N° 6, IRD, Paris, 122 p.

Andro A. (2000): « La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports de genre » in M. Bozon et T. Locoh (sous la direction de), *Rapports de genre et questions de population II. Genre, population et développement*, Paris, INED, Dossiers et Recherches N° 85, pp. 95-104.

Bélanger A.-J. et V. Lemieux (2001): *Introduction à l'analyse politique*, Politique et Économie. Série Corpus, les Presses de l'Université de Montréal, 326 p.

Binyance M., U. Cyridion, V. Ward, E. Landry and L. Behrman (1993): *Vasectomy decision-making in Rwanda*. New York, AVSC International, 44 p.

Blanc A. et al. (1996): *Negotiating reproductive outcomes in Uganda*. Macro International Inc., Calverton, Maryland, 214 p.

Blanchet A. et A. Gotman (1992): *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Editions Nathan, Paris, 128 p.

Bongaarts J. and J. Bruce (1994): *The causes of unmet need for contraception and the social content of services*. Working Paper Series N° 69, Population Council, New York, 56 p.

Charbit Y., L. Gueye et S. Ndiaye (1985): *Nuptialité et fécondité au Sénégal*. Presses Universitaires de France, Paris, 148 p.

De Koninck M. (1994): « Femme et santé » in M. F. Labrecque (sous la direction de), *L'égalité devant soi: sexes, rapports sociaux et développement international*. Centre de Recherches pour le Développement International, Ottawa.

FNUAP (1999): *Première partie. Programme d'action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement*.
(http://www.unfpa.org/french/icpd/icpd_poa.htm)

Fortin M.-F. (1996): *Le processus de recherche: de la conception à la réalisation*. Mont-Royal, Québec: Décarie, 379 p.

Fortney J. A. and J. B. Smith (1996): *The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries: The maternal morbidity network*. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International.

Gomis D. (2000): *Construction sociale de la valeur des enfants et comportements de fécondité dans un quartier de Dakar (Sénégal): le cas de la Médina*. Mémoire de Diplôme d'Études Approfondies en Socio-anthropologie. Département de Sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Année Académique 1999-2000, 78 p.

Gomis D. (1999): *Perceptions et représentations de la fécondité dans un quartier de Dakar: la Médina*. Mémoire de Maîtrise en Sociologie. Département de Sociologie, Université Cheikh Antan Diode, Année académique 1998-1999, 99 p.

Guette H. (1996): *Les attitudes associées à la fécondité et à la planification familiale chez les hommes et les femmes: une étude comparative entre le Sénégal et le Québec*. Thèse présentée au Bureau des Études Supérieures, Maîtrise en Études sur l'enfant et le développement, Université Laurentienne.

Handan D. L. (1998): *Les défis de l'approche genre en santé de la reproduction: des éléments de réflexion*. Fonds Des Nations Unies pour la Population. Documents de travail N° 4, 27 p.

Holler Bach P. (1980): « Power in families, communication and fertility decision-making », *Population and environment*, Vol. 3, N° 2, pp. 233-245.

Hull T. (1983): « Cultural influence in fertility decision styles », in R. A. Balata and al. (eds) *Determinants of fertility in developing countries*, Vol. 2: *Fertility Regulation and institutional influences*, New York, Academic Press, pp. 381-414.

Kolinsky M. A. et *al.* (1993): « A broader perspective on women's health » in M. Kolinsky, I. Titan and I. Gay (eds.) *The health of women: A global perspectives*. Boulder, Colorado, West View Press, pp. 33-62.

Konaté-Maiga S., M. Diallo (1998): *Opérationnalisation de la santé de la reproduction dans les programmes de population des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre*. Fonds Des Nations Unies Pour La Population. Documents de travail N° 2, 41 pages.

Locoh T. (2000): « Genre, population et développement dans les pays du Sud. État des lieux et perspectives », in M. Bozon et T. Locoh (sous la direction de), *Rapports de genre et questions de population II Genre, population et développement*, Paris, INED, Dossiers et Recherches N° 85, août, 196 p.

Locoh T. et A. Labourié-Racapé (1997): *Genre et démographie: nouvelle problématique ou effet de mode ?* Communication à la Chaire Quételet 1997.

McCauley A. P. et *al.* (1994): *Opportunities for women through reproductive choice*. Population Reports, Series M, N° 12, John Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 39 p.

Moser C.O.N. (1993): *Gender planning and development Theory, practice, and training*. London, Routledge, 285 p.

Mumford, S. (1983): "The vasectomy decision-making process". *Studies in family Planning*, Vol. 14, N° 3, pp. 83-88.

Ndiaye S., M. Ayad et A. Gaye (1997): *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III) (1997)*. Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan. Direction de la Prévision et de la Statistique. Division des Statistiques Démographiques. Demographic and Health Surveys, Macro International Inc, 237 p.

Pfannenschmidt S., A. McKay and E. McNeill (1997): *Through a gender lens*. Washington, DC, US Agency for International Development, 44 p.

Pirelli A. (1997): *Gender and population: from research to teaching*, IUSSP XXIIIrd General Population Conference, Informal session 31: Teaching gender and population, 27 p.

Reproductive Health Matters (1998): *Women's Health Services: where are they going?* Vol. 6, N° 11, USA.

Reproductive Health Matters (1997): *The international women's health movement*, Vol. 5, N° 10. USA

Reproductive Health Matters (1994): *Motherhood and Fertility*, Vol. 2, N° 4.

Riley, N.E. (1997): "Gender, power, and population change", *Population Bulletin*, Vol. 52, N°1, pp. 2-#.

Robey B., J. Ross and I. Bhushan (1996): *Meeting unmet need: New strategies*, Population Reports, Série J, N° 43, Baltimore, John Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 35 p.

Royston E., S. Armstrong (1990): *La prévention des décès maternels*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 230 p.

Sadik N. (1991): *Investir dans les femmes: Objectifs des années 1990*, FNUAP, New York.

Thiriat M.-P. (2000): « Les pratiques matrimoniales, aux principes des systèmes de genre » in M. Bozon et T. Locoh (sous la direction de), *Rapports de genre et questions de population II. Genre, population et développement*, Paris, INED, Dossiers et Recherches N° 85, pp. 81-94.

United Nations Populations Fund (1997): *The state of the world population 1997: The right to choose. Reproductive rights and reproductive health*. New York, UNFPA, 76 p.

Westoff C. F. and A. Bankole (1995): *Unmet need: 1990-1994*. DHS Comparative Studies N° 16, Calverton, Maryland, Macro International, 55 p.

Wilkinson D., Y. Ward, E. Landry and L. Behram (1994): *Vasectomy decision-making in Kenya*. New York, AVSC International, 32 p.

World Health Organization (1998): *World Health Report*, Geneva, WHO, 241 p.

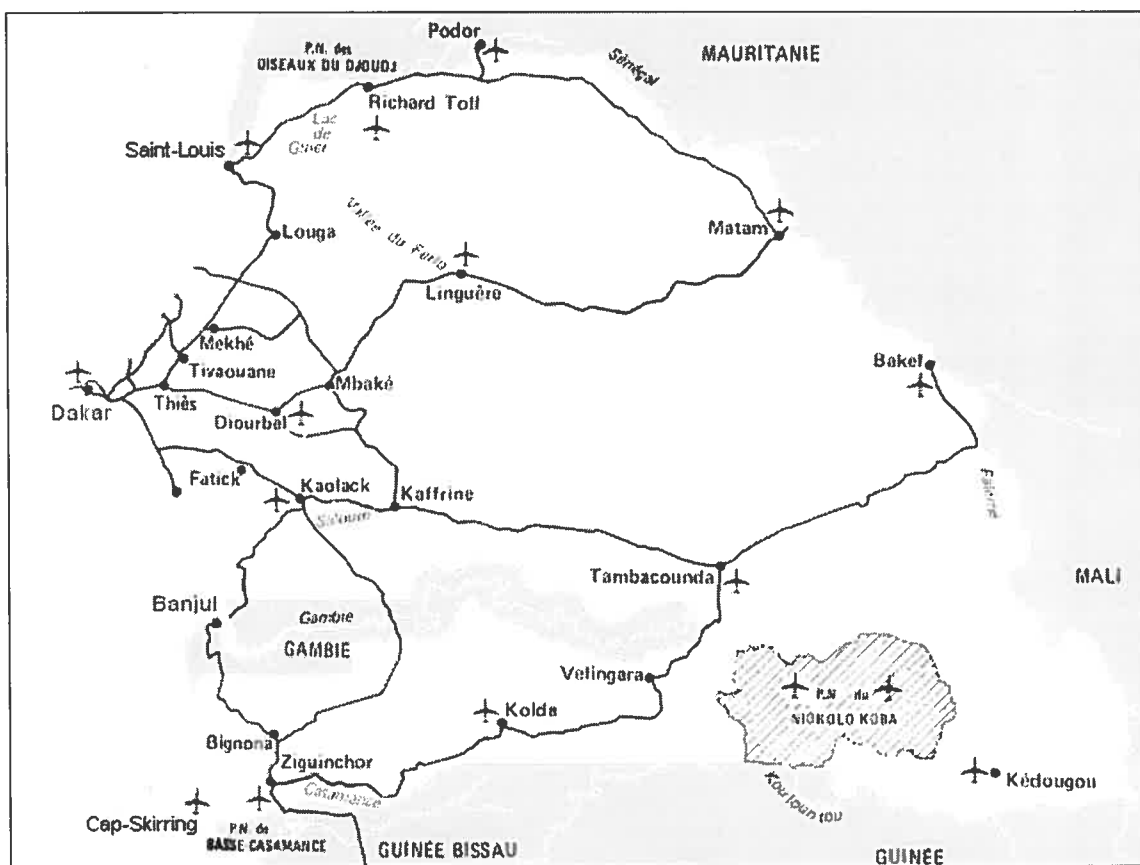
World Health Organization (1996): *Revised 1990 estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF*, Geneva, WHO, 16 p.

Worth D. (1989): "Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail?", *Studies in Family Planning*, Vol. 20, N° 6, pp. 297-307.

Yana S. D. (1997): « Statuts et rôles féminins au Cameroun: réalités d'hier, images d'aujourd'hui », in *Politique Africaine*, N° 65, pp. 35-47.

Yinger N. V. (1998): *Unmet need for family planning: reflecting women's perceptions*. International Center for Research on women, Washington, 32 p.

ANNEXE 1. CARTE DU SÉNÉGAL



ANNEXE 2. SCHÉMA DU GUIDE D'ENTRETIEN ET DES *FOCUS GROUP*

Prise de contact

Saluer, se présenter (l'interviewer) et faire un petit résumé de l'objet de la recherche: cette recherche porte sur la santé reproductive des femmes. Nous aimerions savoir comment se déroule le processus de prise de décision qui mène à la pratique contraceptive moderne par la femme dans son couple. À partir de votre témoignage, ainsi que celui d'autres femmes (d'autres hommes quand c'est le mari qui est interviewé) comme vous, nous essayons de comprendre et de décrire comment cela s'est-il passé dans votre couple.

Explication des règles d'éthique de la recherche

Votre participation est volontaire et vous ne subirez aucune sanction si vous refusez de prendre part à cette recherche. De même, vous pouvez décider de quitter l'interview à n'importe quel moment. Nous vous assurons que les données recueillies lors des entrevues seront traitées de façon confidentielle, et que votre nom ne sera pas mentionné, ainsi que tout détail permettant de vous identifier d'une manière quelconque. La discussion sera enregistrée avec votre permission sur magnétophone. Il ne vous sera pas demandé de décliner votre identité ou toute autre information personnelle durant l'interview.

Votre participation nous aidera à mieux cerner les facteurs qui favorisent la pratique contraceptive de la femme mariée pour éventuellement promouvoir davantage la santé reproductive de plusieurs autres femmes sénégalaises.

Renseignements concernant le déroulement de l'entrevue

L'entrevue durera environ 1 heure à 1 heure trente. Nous recueillerons:

- Votre témoignage à partir de trois thèmes à savoir:
- Votre perception de votre rôle de femme et d'épouse (d'homme et de mari) dans votre couple;
- Les circonstances de rencontre et de formation de votre couple;
- Votre histoire de vie reproductive;
- Les facteurs favorisant votre prise de décision concernant la contraception (celle de votre épouse);
- Votre expérience proprement dite du processus de prise de décision.
- D'autres questions s'ajouteront dans le but de mieux préciser notre entretien.

Clôture et Remerciements.

ANNEXE 1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Chère Madame, cher Monsieur,

Je m'appelle Mariam Ben Aya et c'est dans le cadre d'une maîtrise en Service social à l'Université de Montréal que je mène cette recherche qui porte sur l'influence des relations de genre sur la pratique contraceptive moderne dans les couples mariés au Sénégal. Si vous le voulez bien, nous aimerions connaître votre propre expérience sur la question. Plus spécifiquement, nous envisageons avec votre aide, d'identifier tout d'abord les différents facteurs qui déterminent la décision d'utiliser une méthode contraceptive moderne par la femme dans le couple marié. Et ensuite décrire la manière dont les relations de genre qui sont établies dans les couples influent sur cette décision précise.

À partir de votre témoignage et de celui d'autres femmes et hommes comme vous, nous espérons mieux comprendre l'expérience de la prise de décision concernant la pratique d'une méthode contraceptive telle qu'elle a été vécue dans le couple marié. Par ailleurs, nous pensons que votre participation pourrait, par la même occasion, contribuer à une meilleure prise en charge de la santé reproductive des femmes qui pourront mieux contrôler leur fécondité et probablement permettre un mieux être familial.

Nous vous garantissons que les données qui seront collectées au cours des entretiens individuels et de groupe seront traitées de façon confidentielle car les noms des personnes qui participeront à l'étude ne seront pas mentionnés ni aucune autre information qui pourrait permettre de les identifier dans le mémoire ou une éventuelle publication. Si vous acceptez de participer, nous vous informons que l'entretien individuel durera environ 1 heure 30 minutes. Il se tiendra dans l'une des pièces de votre maison que vous aurez vous-mêmes choisie et à une heure de votre convenance.

Il s'agit d'une recherche sur les couples mariés, mais pour faire gagner du temps à votre couple et éviter tout risque de communication entre conjoints (ce qui

pourrait constituer un biais), vous serez interviewés séparément et simultanément. Si vous êtes le conjoint, vous vous entretiendrez avec un homme avisé et recruté à cet effet et si vous êtes la conjointe, c'est moi-même qui vous interviewera. Vous serez par la suite invité(e) à participer à un *focus group* qui durera environ 1 heure 30 minutes pour des informations complémentaires et aurez l'occasion de discuter du même sujet et de partager vos opinions avec d'autres femmes (si vous êtes la conjointe) de votre quartier et votre conjoint fera de même. Contrairement aux entretiens individuels, les *focus group* ne pourront être organisés dans vos maisons respectives vu le nombre de personnes qui y participeront. Nous vous demanderons donc de bien vouloir vous déplacer au centre communautaire du quartier où ils se tiendront. Les conjoints seront conviés à une discussion semblable avec le même enquêteur tandis que la chercheuse principale animera le *focus group* avec les conjointes.

Nous vous précisons encore une fois que votre participation est volontaire et non rémunérée et que vous n'êtes aucunement obligé(e) d'accepter l'une ou l'autre forme d'entretien (individuel ou de groupe). Vous n'êtes pas obligé(e) non plus de répondre aux questions que vous trouverez embarrassantes et si jamais il vous arrivait de changer d'avis en cours de recherche pour une raison quelconque, sachez que vous aurez tout à fait le droit d'abandonner sans aucun préjudice. Afin que l'enquêteur et moi-même puissions rester fidèles à vos propos, nous vous demandons la permission d'enregistrer sur cassettes audio les séances d'entretiens individuels et de *focus group* auxquelles vous participerez.

Si vous avez des questions à poser, si vous décidez de reporter ou d'annuler un rendez-vous que nous aurions déjà pris d'un commun accord, n'hésitez pas à me contacter au numéro de téléphone et à l'adresse suivants: _____

Merci de votre collaboration que j'apprécie d'avance.

La chercheuse principale

ANNEXE 2. THÈMES ABORDÉS DANS LE GUIDE D'ENTRETIEN ET LE
FOCUS GROUP

- Caractéristiques sociodémographiques de l'interviewé(e)
- Perception de l'interviewé(e) de son rôle de d'époux(se) dans le couple
- Les circonstances de rencontre et de formation du votre couple
- L'histoire de vie reproductive de l'interviewé(e)
- Les facteurs favorisant la prise de décision concernant l'utilisation de la contraception par l'épouse
- Le déroulement du processus de prise de décision (différentes étapes de la négociation)

ANNEXE 3. CARTE DU SÉNÉGAL

